No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

DE L'ALCOOLISME

DES DIVERSES FORMES DU DÉLIRE ALCOOLIQUE

ET DE LEUR TRAITEMENT.

Corbeil, typ. et stér. de Crété fils.

DE L'ALCOOLISME

DES DIVERSES FORMES DU DÉLIRE ALCOOLIQUE ET DE LEUR TRAITEMENT

PAR

LE Dr V. MAGNAN

Médecin de Sainte-Anne,
Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences),
de l'Académie de médecine (prix Civrieux, concours de 1865),
membre de la Société de Biologie, etc.

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine
(PRIX CIVRIEUX, CONCOURS DE 1872)

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1874

Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
NOV 12 1891
LIBRARY ASS'N

INTRODUCTION

Si, depuis quelques années, les questions relatives à l'alcoolisme ont eu le privilége d'attirer l'attention générale, les derniers événements ont suffisamment démontré que ce n'est pas trop des efforts réunis de tous, médecins, philosophes, législateurs, pour conjurer le danger pressant qui menace à la fois la santé, la morale et la société.

Dans la savante discussion soulevée au sein de l'Académie par M. Verneuil, sur la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les alcooliques, MM. Béhier et Chauffard se sont efforcés de faire ressortir la déchéance physique et intellectuelle que se préparent les individus adonnés aux boissons alcooliques ; déchéance telle que tous les actes pathologiques, spontanés ou traumatiques, se présentent sous un aspect particulier et avec un caractère d'insigne gravité.

Pour les chirurgiens comme pour les médecins, l'ivrogne est un sujet à part ; il sent, il souffre et il réagit autrement que les autres malades.

Quand on envisage l'intoxication alcoolique dans son ensemble, on trouve entre les deux pôles extrêmes, c'est-à-dire entre les accidents passagers, fugaces de l'ivresse et les troubles profonds, permanents, irrémédiables de l'alcoolisme chronique, une longue période dans laquelle, les malades, tout en présentant les caractères généraux du délire alcoolique, offrent entre eux des différences assez marquées pour exiger un groupement particulier. Les uns, en effet, présentent du délire, du tremblement, des troubles digestifs qui s'amendent au bout de quelques jours et disparaissent entièrement si l'individu reste sobre. D'autres se montrent avec des accidents tout d'abord analogues aux précédents, mais de marche différente ; chez eux, en effet, le délire persiste plus longtemps ou bien les troubles hallucinatoires laissent, après leur disparition, des idées délirantes que l'on retrouve au bout de deux ou trois mois, quelquefois même davantage ; ces malades, en général, font des excès depuis longtemps, et souvent ont déjà présenté d'autres accès de délire alcoolique ; les troubles somatiques chez eux sont plus accusés, et l'intelligence commence déjà à présenter un certain degré d'affaiblissement, toutefois ils sont encore susceptibles de guérison, si, changeant de profession ou de milieu, ils font trêve avec leurs anciennes habitudes.

Enfin, une troisième catégorie d'alcooliques, moins nombreuse que les deux autres, conserve, après l'accès, des idées délirantes que l'on voit persister quelquefois très-longtemps après la cessation des phénomènes physi-

ques. Ce sont là des malades à système nerveux plus impressionnable, chez lesquels les antécédents héréditaires expliquent ordinairement l'action plus puissante et plus durable de l'agent toxique. Ces malades, d'ailleurs, s'ils s'améliorent et sortent des asiles, ne tardent pas à faire de nouveaux excès, et pour eux les rechutes sont, on peut dire, la règle.

Ainsi considéré, l'alcoolisme ne comprend pas encore tous les faits. Pendant la longue succession de scènes pathologiques dont il se compose, tantôt et le plus souvent, l'empoisonnement alcoolique marche d'une façon lente et progressive, sans secousses ou troublé seulement de temps à autre par des accidents peu intenses; d'autres fois, au contraire, on voit se dérouler des phénomènes d'une acuité extrême. Ces accidents suraigus, sous la dépendance fréquente d'excès récents et répétés, offrent, quelle que soit la période de l'intoxication, un aspect assez uniforme pour que l'on s'accorde généralement à leur donner la même dénomination de *delirium tremens*, dont on admet, toutefois, deux formes, l'une fébrile et grave, l'autre apyrétique et généralement bénigne. La forme fébrile, sorte de *délire aigu alcoolique*, ainsi que l'indique Marcé (1), a sa physionomie spéciale et devra être mentionnée à part; quant à la forme apyrétique, elle offre des caractères généraux qui la feront rentrer naturellement dans le délire alcoolique simple.

(1) Marcé, *Traité des maladies mentales*, 1862, p. 613.

L'intoxication chronique, dans son évolution ultime, suit deux voies différentes, l'une aboutissant à la démence, l'autre à la paralysie générale. Ces deux modes de terminaison sont en rapport, le premier, avec la dégénérescence graisseuse, et le second avec la sclérose diffuse des centres nerveux. Quelques observations suivies d'autopsie en fourniront la preuve.

Nous aurons ainsi, pour répondre à la question posée par l'Académie, *Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, à étudier successivement :

1° L'ivresse ;

2° Le délire alcoolique simple, envisagé d'après le degré d'intensité, chez trois catégories distinctes de malades ;

3° Le *delirium tremens ;*

4° L'alcoolisme chronique, avec ses deux terminaisons, l'une par la démence, l'autre par la paralysie générale.

Avec le délire alcoolique nous aurons à parler des formes maniaque, mélancolique, stupide, admises par la plupart des auteurs et en rapport généralement avec les caractères particuliers des hallucinations. Nous aurons, en outre, à faire la part des accidents produits par l'abus de l'absinthe.

Après avoir déterminé les aspects variés sous lesquels se présente l'alcoolisme, à ses diverses phases, et le traitement qu'il réclame dans chacune de ses formes, nous rechercherons, dans un dernier chapitre, les combinaisons qu'il peut offrir avec d'autres maladies des centres

nerveux; dans ces combinaisons, l'alcool agit parfois comme simple excitant et rend plus aigus, sans les modifier, les symptômes de l'affection première; d'autres fois, au contraire, atteignant plus profondément l'organisme malade, l'agent toxique impose son délire spécial, qui vient se greffer sur le trouble cérébral préexistant; de là des causes d'erreur, et, dans certains cas, dans la paralysie générale à la première période, par exemple, il devient très-difficile de déterminer la nature de l'affection, celle-ci étant masquée par les manifestations plus bruyantes et plus actives de l'alcoolisme nouvellement surajouté.

Nous aurons enfin à étudier l'influence de certaines affections intercurrentes (érysipèle, pneumonie, traumatisme, etc.), qui, rompant plus ou moins brusquement l'équilibre physiologique dans lequel se maintenait l'alcoolisé, malgré un certain degré d'empoisonnement, ne tardent pas à ébranler la résistance opposée par l'organisme à l'intoxication; dans ces conditions nouvelles, l'empoisonnement jusque-là resté latent révèle son existence par des phénomènes quelquefois d'une grande intensité.

2174

DE L'ALCOOLISME

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N. NOV 12 1891

DES DIVERSES FORMES DU DÉLIRE ALCOOLIQUE ET DE LEUR TRAITEMENT.

CHAPITRE PREMIER

ACTION IMMÉDIATE DES BOISSONS ALCOOLIQUES ; IVRESSE, ACTION PROLONGÉE ; DÉLIRE ALCOOLIQUE.

ARTICLE I

IVRESSE CHEZ L'HOMME ; PÉRIODE D'EXCITATION ; TROUBLE INTELLECTUEL ; INCOHÉRENCE ; PARALYSIE ; ANESTHÉSIE ; ÉTAT COMATEUX.

Lorsqu'un individu habituellement sobre boit avec excès, il s'enivre. Les premiers phénomènes qui accompagnent l'ivresse sont une légère excitation, un sentiment de plénitude, de bien-être, dans lequel les préoccupations s'effacent, la parole et les gestes s'animent, les idées surgissent plus rapides, les sentiments s'épanchent avec plus de vivacité.

Peu à peu cette excitation augmente, les idées se pressent plus confuses, moins nettes, l'esprit commence à

échapper aux lois de la raison, et l'homme ivre peut se présenter alors sous les aspects les plus divers, il se montre gai, triste, tendre, sans que l'on ait pu jusqu'ici indiquer la part exacte qui revient dans ces différents modes de manifestations, soit au caractère habituel de l'individu, soit à sa race, soit aux conditions physiologiques dans lesquelles il se trouve au moment de l'ivresse, soit aussi à la nature, à la qualité et au mode d'ingestion des boissons spiritueuses.

Quoi qu'il en soit, à cette période d'exaltation succède une véritable perturbation intellectuelle, les idées deviennent confuses et font naître l'incohérence ; l'ouïe, la vue offrent, avec de l'obtusion, des illusions nombreuses ; l'odorat, le goût sont pervertis, et la sensibilité générale émoussée atteint quelquefois un degré d'anesthésie que ne peuvent vaincre les mutilations les plus graves. Ajoutons que la parole est pâteuse, le regard sans expression, la démarche titubante ; puis les sphincters se relâchent, les fonctions languissent, la température s'abaisse et l'individu tombe dans un sommeil comateux, privé de tout sentiment, réduit en quelque sorte à la vie végétative.

Ivresse convulsive. — On range à tort, selon nous, à côté de cette ivresse commune, un état particulier désigné par Percy sous le nom d'ivresse convulsive, dans lequel, avec des convulsions cloniques, se présente un accès de fureur maniaque. « Dix hommes peuvent à peine, dit Percy, se rendre maître de cette espèce de forcené. Son regard est farouche, ses yeux étincelants, ses cheveux se hérissent, ses gestes sont menaçants ; il grince des dents, crache à la figure des assistants, et, ce qui rend ce tableau plus hideux encore, il essaie de mordre ceux qui l'approchent,

imprime ses ongles partout, se déchire lui-même si ses mains sont libres, gratte la terre s'il peut s'échapper, et pousse des hurlements épouvantables (1). » On le voit, c'est un violent accès maniaque, n'ayant aucune analogie avec l'ivresse ordinaire et que l'on croit devoir attribuer à certains vins altérés et frelatés.

Si les illusions sont fréquentes dans l'ivresse, les hallucinations, au contraire, sont rares; certains auteurs et Marcé, en particulier, n'en font pas mention; d'autres, au contraire, attribuant à l'ivresse des symptômes qui appartiennent à une autre phase de l'alcoolisme, signalent non-seulement des hallucinations, mais encore des idées de suicide sous l'influence des hallucinations, des impulsions maniaques, etc. Ce n'est plus là de l'ivresse, mais bien des accidents aigus soit chez des individus adonnés depuis longtemps aux excès de boissons, atteints conséquemment de délire alcoolique, soit chez des individus à prédisposition spéciale, chez lesquels l'alcool ne vient agir qu'à titre d'excitant. Nous allons d'ailleurs nous rendre compte du développement de ces phénomènes en interrogeant l'expérimentation physiologique, et en suivant la marche progressive des accidents depuis l'ivresse jusqu'à l'apparition du délire alcoolique.

ARTICLE II

IVRESSE ET DÉLIRE ALCOOLIQUE CHEZ LE CHIEN.

§ I. *Ivresse ; excitation ; hébétude ; paralysie ; anesthésie ; état comateux.* — Que se passe-t-il quand on soumet un chien à l'action immédiate de l'alcool?

(1) Percy, *Ivresse convulsive.* Dictionnaire des sciences médicales, t. XXVI, page 249.

L'animal, d'abord légèrement excité, saute, jappe, caresse, court, va et vient en tous sens; puis assez rapidement, se montre une hébétude, d'abord légère, bientôt plus complète, à laquelle succèdent un état de demi-stupeur et un sommeil comateux, sans compter les troubles somatiques, l'abaissement de la température, l'anesthésie, la paralysie du train postérieur qui va croissant et gagnant les membres antérieurs, jusqu'à la résolution complète de tout le corps.

On peut, dix à douze jours de suite, répéter cette expérience chez le même animal, sans provoquer d'autres accidents, sans convulsions d'aucune sorte, sans apparition surtout d'illusions ou d'hallucinations.

Or, chez l'homme, c'est l'alcool, sous forme de vin ou d'eau-de-vie, qui fournit l'appoint principal dans le développement de l'ivresse; les seuls buveurs de profession se livrent aux excès plus ou moins exclusifs de boissons spéciales, telles que l'absinthe, le vermouth, le bitter, etc. Mais cette catégorie d'individus a déjà franchi la première étape marquée par l'ivresse simple. Cette remarque a son importance en raison des accidents immédiats que peut déterminer l'absinthe (troubles hallucinatoires et attaques épileptiques).

§ II. *Délire alcoolique : changement dans les allures; irritabilité; hallucinations, délire; tremblement; vomissements; pituite; gastro-entérite. — Modes de terminaisons : mort par le froid, par broncho-pneumonie, par asphyxie, par accident, par cachexie.* — Voyons maintenant les effets de l'action prolongée de l'alcool sur le chien. Dès le quinzième jour de l'intoxication, il survient une susceptibilité nerveuse, une impressionnabilité re-

marquables. L'animal est inquiet, triste, il écoute, se tient aux aguets, le moindre bruit le fait tressaillir. Dès que la porte s'ouvre, pris d'une vive frayeur, criant et laissant sur son passage une traînée d'urine, il court se blottir vers le coin le plus obscur de la salle ; il ne répond plus aux caresses, s'éloigne, se cache, cherche à mordre dès qu'on veut le saisir et pousse des cris aigus à la moindre menace de coups.

Cette disposition craintive augmente chaque jour, et, dès la fin du premier mois, des illusions et des hallucinations s'y ajoutant, elle se transforme en véritable délire. Au milieu de la nuit, tout étant calme, il se met parfois à aboyer avec force, élevant et multipliant les cris comme à l'approche d'un agresseur ; d'autres fois il pousse des gémissements plaintifs ; la voix, l'appel, sont insuffisants pour le rassurer, il faut intervenir avec la lumière. Enfin, pendant le jour, il grogne sans motifs, puis, se croyant poursuivi, il crie, court effaré dans tous les sens, la tête tournée en arrière et mordant dans le vide. Ces accès de délire sont passagers, mais, dans l'intervalle, l'animal ne reprend pas cependant sa gaieté habituelle.

Avec le délire surviennent des troubles de la motilité d'une importance non moins grande ; le premier mois de l'intoxication s'est à peine écoulé qu'en outre de la paraplégie qui suit chaque dose nouvelle d'alcool, on voit survenir du tremblement dans les membres, plus accusé dans les pattes postérieures, s'étendant bientôt aux muscles du dos et de la tête. Ce tremblement que nous avons vu persister pendant dix à douze heures dans la journée, après chaque nouvelle dose d'alcool, offre un type rhythmique à oscillations courtes et assez rapides, d'intensité variable, s'ar-

rêtant par instants, compliqué, en outre, de temps à autre, de frémissements dans de petits groupes isolés de muscles. Avant de s'arrêter, le tremblement présente des interruptions de plus en plus étendues, jusqu'à sa cessation complète, après laquelle on peut encore sentir, en appliquant la main sur le dos ou les cuisses, des ondulations et des frémissements musculaires.

La sensibilité dans l'intervalle n'est pas notablement modifiée ; l'anesthésie survient chaque fois au moment de l'ivresse, mais disparaît avec la cessation des phénomènes dépendant de l'action immédiate du poison ; il en est de même de la température qui s'abaisse de 1 à 3 degrés selon la dose de poison. Les troubles digestifs varient suivant que l'alcool est donné avec les aliments ou qu'il est introduit directement dans l'estomac par la sonde œsophagienne ou par une fistule gastrique. Dans le premier cas, les vomissements sont rares, ils se composent de matières alimentaires mêlées de mucosités; les selles généralement dures sont rarement tachées de sang; dans le second cas, au contraire, et surtout chez les chiens porteurs de fistules, on voit sortir, principalement le matin, en débouchant la canule, des mucosités blanchâtres parfois jaunâtres, épaisses, filantes, visqueuses, striées de sang, ou bien l'animal rend cette pituite par la bouche après quelques efforts de vomissement. Les selles souvent liquides sont parfois noirâtres ou mêlées de sang rouge, l'animal paraît éprouver des coliques, pousse des gémissements, et frotte le ventre sur le sol. Les animaux ainsi intoxiqués finissent à la façon des alcooliques; l'un exposé à un froid de 10°, déjà dépouillé de chaleur par l'ivresse, meurt de réfrigération ; un autre contracte une

broncho-pneumonie à la suite d'un refroidissement; un troisième est asphyxié par l'arrêt au fond du gosier des matières alimentaires vomies pendant l'ivresse; un autre très-halluciné s'échappe par une porte entr'ouverte et s'élance, en aboyant, du deuxième étage sur les dalles du rez-de-chaussée; un autre enfin s'éteint dans le marasme à la suite de la diète alcoolique.

Les lésions dont s'accompagne l'ivresse chez l'homme et chez les animaux sont particulièrement manifestes dans les centres nerveux, le foie, les reins, les poumons, et consistent principalement en troubles circulatoires qui, de l'hypérémie légère, s'élèvent à la congestion intense pour aboutir dans quelques cas à l'hémorrhagie.

M. Tardieu (1) a souvent trouvé des hémorrhagies méningées chez les individus morts en état d'ivresse; celles-ci sont moins fréquentes sur les animaux, et c'est peut-être une des causes pour lesquelles la pachyméningite à la suite de l'action prolongée de l'alcool, paraît plus rare chez eux que chez l'homme.

Les recherches de MM. Lallemand, Perrin et Duroy (2) ont démontré, de plus, la présence de l'alcool dans toute l'économie et son accumulation plus spéciale dans les centres nerveux et le foie; d'autres observateurs ont confirmé la plupart de leurs résultats, et nous aurons nous-mêmes plus loin l'occasion de rappeler quelques faits à l'appui de leur opinion. A la suite de l'action prolongée de l'alcool, les animaux présentent des altérations anatomiques signalées déjà par différents auteurs, et se ratta-

(1) Tardieu, *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. LXIX, 1848, page 290.

(2) Ludger Lallemand, Perrin (M.) et Duroy, *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme. Recherches expérimentales.* Paris, 1860.

chant comme fond, d'une manière générale, à la stéatose et à la sclérose.

Le foie devient le siége d'une dégénérescence graisseuse déjà très-accusée au bout de deux mois d'empoisonnement alcoolique ; il est jaunâtre, parsemé de points plus foncés. Une coupe fine, placée sous le microscope, se montre légèrement opaque au niveau des points plus jaunes, et transparents dans les autres parties ; les cellules dans ces portions les plus foncées ont perdu leur forme, elles sont tuméfiées, arrondies et infiltrées de granulations et de gouttes de graisse (1). Dans une note récente présentée par M. Cl. Bernard à l'Institut, M. Pupier donne les résultats obtenus chez un poulet abreuvé avec l'absinthe pendant dix mois (2). « Le foie est, dit-il, dur, résistant, paraît diminué de volume ; inégalités sur ses deux faces, nombreuses dépressions blanchâtres ; les parties intermédiaires d'un rouge brun. Au microscope, dilatation considérable des vaisseaux remplis de granulations qui s'épanchent à la périphérie des lobules ; compression et dégénérescence extrêmes des cellules hépatiques. » Chez un poulet soumis pendant dix mois au vin rouge : « Le foie d'une couleur jaune clair est mou, pâteux, il huile la lame du scalpel. Au microscope, les cellules hépatiques sont considérablement agrandies, plus rondes qu'à l'état normal ; elles sont remplies de granulations analogues à celles qu'on observe dans l'inflammation parenchymateuse

(1) Magnan, *De l'action prolongée de l'alcool chez un chien.* (Communication à la Société de Biologie, 14 nov. 1868 ; dans *Compt. rend. et Mém.*, 1869, p. 159.— Paul Ruge, *Influence de l'alcool sur l'organisme.* (*Virchow's arch.*, XLIX, page 237. Janvier, 1870.)

(2) Pupier, *Démonstration expérimentale de l'action des boissons dites spiritueuses sur le foie.* (*Compt. rend. de l'Acad. des sc.*, 27 mai 1872.)

au début; çà et là, de grosses gouttes graisseuses. »

Sur un poulet soumis au vin blanc : « Le foie assez coloré est ratatiné à sa face inférieure et au niveau des bords; sur des coupes histologiques, ce qui frappe, c'est la dilatation vasculaire, offrant trois ou quatre fois les dimensions ordinaires par rapport aux cellules qui ont subi une dégénération atrophique. »

Sur un lapin soumis à l'alcool : « Rien du côté du réseau, les cellules semblent altérées et contiennent deux ou trois noyaux; autour des canaux biliaires, noyaux plus abondants de tissu conjonctif.

« Pour résumer, dit M. Pupier, il nous a semblé que l'absinthe portait sa lésion primitive sur le stroma, sans toutefois produire du tissu connectif nouveau ni la sclérose des parois vasculaires; cette néoplasie extrême n'a pas été confirmée. Quant au vin rouge et au vin blanc, à l'alcool, leur lésion se produirait plutôt dans le plasma, le parenchyme hépatique. »

D'après M. Pupier, l'alcool d'une façon générale produirait donc la stéatose hépatique, ce qui est d'accord avec les résultats obtenus par les autres expérimentateurs, mais ce qui ne veut point dire que l'alcool doive irrévocablement produire la stéatose du foie à l'exclusion de la sclérose; la clinique donnerait à cette opinion un démenti formel.

D'autre part, il faut remarquer, pour les animaux, la durée relativement courte de l'intoxication alcoolique, comparée au long empoisonnement de l'homme, et l'on ne saurait affirmer que le foie, au début d'une dégénérescence graisseuse, ne puisse devenir, sous l'influence plus continue de l'alcool, le siége d'une irritation plus

intense, et, par suite, d'une sclérose. D'ailleurs, sous la même influence, sur le même animal, on peut voir, en même temps qu'une dégénérescence graisseuse du foie, des lésions irritatives telles qu'une pachyméningite, une sclérose des cordons postérieurs de la moelle, de l'épaississement et de l'opacité de l'arachnoïde et de la pie-mère, des plaques laiteuses du péricarde, etc. Les altérations trouvées chez le poulet soumis à l'absinthe ne paraissent être ni de la sclérose, ni de la stéatose, ces altérations, ne reposant que sur un seul cas, doivent, ainsi que le dit d'ailleurs M. Pupier lui-même, faire suspendre toute interprétation. Pour notre part, sur un chien, muni d'une fistule gastrique, et à qui nous avons pendant un mois donné chaque jour de 60 à 120 grammes de liqueur d'absinthe, nous n'avons trouvé à l'autopsie aucune lésion dans le foie pouvant rappeler celle dont parle M. Pupier.

Les reins comme le foie subissent un commencement de dégénérescence graisseuse, la surface reste lisse et unie, la substance corticale et ses prolongements entre les pyramides de Malpighi offrent une teinte jaunâtre assez accusée, avec de petites striations plus jaunes; au microscope, on voit les *tubuli* légèrement tuméfiés, un peu troubles remplis d'épithélium granulo-graisseux.

M. Ruge signale dans quatre cas l'adhérence de la capsule à la substance rénale. Dans trois cas, ce même observateur a noté la dégénérescence graisseuse du cœur. Nous avons vu, de notre côté, plusieurs fois, des traces manifestes de péricardite. Les tuniques de l'estomac ne sont pas sensiblement épaissies chez les chiens qui prennent l'alcool mélangé aux aliments; la muqueuse est

injectée au niveau de la grande courbure mais très-rarement ulcérée. Ceux, au contraire, chez lesquels, en dehors des repas, l'alcool est porté directement dans l'estomac, soit par la sonde, soit par la fistule, présentent les traces d'une violente gastrite. Dans le fait communiqué à la société de Biologie (séance du 14 novembre 1868), l'estomac se trouve ratatiné, épaissi ; en outre, « la surface de la muqueuse d'un rouge brun est tapissée par une couche d'un mucus épais, gluant, vitreux, strié de sang ; en détergeant ces parties à l'aide d'un filet d'eau, on voit au-dessous de petites ulcérations à bords inégaux, et dans quelques endroits des portions cicatrisées sous forme de plaques irrégulières, grisâtres. Dans l'épaisseur de la muqueuse se trouvent des infiltrations sanguines, les unes étalées en nappe, d'autres réunies en petits foyers. » Sur ce même chien, « la moelle n'est pas injectée et sa consistance paraît normale dans toute son étendue. En pratiquant des coupes aux diverses régions, on aperçoit une teinte grisâtre des cordons postérieurs, à peine visible à la partie supérieure de la moelle, mais plus marquée vers le tiers inférieur où elle affecte de chaque côté du sillon médian postérieur une forme triangulaire à base dirigée en arrière. Dans cette région, on voit également une légère teinte grisâtre des cordons antérieurs de chaque côté de la commissure. » Nous aurons plus loin l'occasion, à propos de la terminaison de l'alcoolisme chronique par paralysie générale, de citer des cas analogues chez l'homme.

La pachyméningite à la suite de l'action prolongée de l'alcool a été signalée par Kremiansky chez des chiens à qui, pendant quatre semaines, il avait fait avaler des do-

ses considérables d'alcool (1). M. Neumann (de Kœnisberg) a eu l'occasion d'observer le même fait, après une intoxication alcoolique également de quatre semaines; mais, d'autres fois, il n'a trouvé aucune altération des méninges sur des chiens soumis pendant plusieurs mois à une ivresse quotidienne. D'autre part, nous avons trouvé nous-même une légère infiltration et un peu d'épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère, mais sans néomembranes sur la dure-mère. M. Ruge, de son côté, n'a observé dans la dure-mère qu'une dilatation des vaisseaux, et dans la pie-mère simplement de l'injection ou de l'œdème.

D'où vient cette différence dans les résultats pour des expériences analogues? La cause nous paraît résider dans la production chez quelques animaux d'hémorrhagies méningées pendant l'ivresse. Sans chercher à soulever ici l'intéressante question des hémorrhagies méningées et des pseudo-membranes consécutives, si souvent discutée depuis l'époque où M. Baillarger en détermina le siége précis dans la cavité arachnoïdienne (2), nous rappellerons cependant, que M. Laborde en piquant le sinus longitudinal supérieur chez les jeunes chiens obtenait dans la cavité arachnoïdienne des épanchements de sang, entourés déjà d'une néomembrane dès le deuxième jour (3). Plus récemment M. Sperling, opérant sur le lapin, injecte du sang frais dans la cavité arachnoïdienne. Huit jours après l'opération, on observe le début de l'organisation

(1) Kremiansky, *De la pachyméningite hémorrhagique interne chez l'homme et chez le chien.* (*Virchow's arch.*, XLII, page 129, 1868.)

(2) Baillarger, *Du siége de quelques hémorrhagies méningées*, 1837.

(3) Laborde, *Sur la pathogénie des hémorrhagies méningées intra-arachnoïdiennes.* (Société anatomique, 1861.)

d'une néomembrane, et celle-ci est complétement organisée au bout de deux ou trois semaines ; dans tous les cas, on peut au bout de trois semaines, constater une nouvelle formation de vaisseaux. Ces néo-membranes sont tout à fait analogues à celles qu'on trouve dans la pachyméningite hémorrhagique. L'organisation du sang s'établit à la convexité du cerveau et sur la face interne de la dure-mère, sans adhérences avec l'arachnoïde (1).

Dans la séance de la société de Biologie, 6 avril 1872, M. Vulpian rapportant des expériences faites avec M. Philippeau signale l'enkystement, par une fausse membrane, du sang tiré de la crurale d'un chien et injecté aussitôt dans la cavité pleurale d'un autre chien. Les injections de sang dans l'arachnoïde ont amené également une formation rapide de néo-membranes, et le caillot ainsi enveloppé est resté appendu à la dure-mère.

Tous ces faits militent en faveur de l'interprétation que nous voudrions donner de l'existence des néo-membranes chez quelques chiens alcoolisés ; mais il ne faut pas perdre de vue que la pachyméningite peut survenir sans hémorrhagie préexistante dans le cours de certaines affections chroniques des centres nerveux, telles que la paralysie générale, la démence sénile, l'alcoolisme chronique, maladies dans lesquelles, le système nerveux, dans son ensemble, peut devenir, par moments, le siége d'un processus irritatif très-intense.

En résumé, l'expérience physiologique, après nous avoir permis d'assister au développement successif des troubles intellectuels et physiques, nous montre dans les centres

(1) Sperling, *Expériences sur la pachyméningite hémorrhagique.* (Centralblatt, 1871, analysé dans la *Gaz. hebd.*, 12 janvier 1872.)

nerveux, dans le tube digestif, le foie et les reins, dans l'appareil respiratoire et circulatoire, des altérations anatomiques d'autant plus utiles à bien préciser, qu'elles représentent les premiers degrés des désordres plus profonds auxquels succombe l'organisme humain aux périodes ultimes de l'intoxication.

Nous rapportons ici une de nos expériences pour donner une idée plus complète de l'action prolongée de l'alcool chez l'animal.

Expérience I. — 1er décembre 1869. — Chien terrier, âgé de 2 mois, vigoureux, du poids de 6 kilogrammes, dont la température rectale, prise la veille au soir, est de 39° 1/5.

L'animal avale avec ses aliments 25 grammes d'alcool, trois-six du commerce ; au bout de huit minutes, et tandis que, la tête baissée, il achève les restes, on le voit osciller plusieurs fois sur les jambes, d'avant en arrière, et perdant l'équilibre, il finit par tomber dans le plat ; il se relève, marche en titubant, écartant les jambes, qui fléchissent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, surtout en arrière. La sensibilité est diminuée, mais non pas abolie, le froissement et la pression de la queue provoquent de petits cris. L'animal placé sur sa couche ne tarde pas à s'endormir; au bout d'une demi-heure, il se réveille à l'appel, se lève, marche en titubant. T. R. 38° 1/5.

Du 2 au 8 décembre. On donne chaque jour 25 grammes d'alcool et les mêmes phénomènes se reproduisent.

Du 9 au 11. Repos; alimentation non additionnée d'alcool.

Du 12 au 18. Dose quotidienne de 30 grammes. Production, chaque jour, d'une ivresse avec titubation, légère anesthésie et abaissement de la température.

Du 19 au 22. Dose quotidienne, 30 grammes. L'animal devient triste, inquiet; le moindre bruit le fait tressaillir; dès que l'on entre, il court se cacher, ne répond pas à l'appel, tremble si l'on approche pour le saisir, crie ou cherche à mordre dès qu'on le touche. Après le repas, l'ivresse et l'hébétude persistent de 3 à 5 heures et sont suivies d'une susceptibilité nerveuse, tous les jours plus marquée.

Du 22 au 28. Dose quotidienne, 30 grammes. L'attitude inquiète de l'animal augmente, il paraît constamment effrayé ; la nuit, tout étant calme, il pousse des gémissements, il aboie à cris redoublés ; par moments, on l'entend courir, japper dans différents points de la salle ; en frappant à la porte, en l'appelant, il se tranquillise un instant, recommence bientôt après ; si l'on entre avec une lumière, il se rassure, mais il ne tarde pas à reprendre son allure craintive. Dans le jour, il jappe par moments, dresse l'oreille, écoute, grogne, est moins agité toutefois que la nuit.

Le 26 et le 27, il a peu d'appétit, et met plus de temps à manger sa ration.

Le 29. Régime non alcoolisé ; frayeurs, surtout la nuit.

Du 30 décembre au 15 janvier 1870. Dose quotidienne, 40 grammes. Les illusions et les hallucinations se montrent plus fréquemment le jour ; on le voit se dresser tout à coup, aboyer avec fureur, fuir en se baissant comme pour éviter des coups, se retourner et mordre dans le vide. A plusieurs reprises, pendant les accès de frayeur, l'urine sort par jets, quelquefois même du gaz et des matières fécales sont brusquement expulsés. La température prise pendant ces accès délirants, qui se produisent habituellement en dehors de l'ivresse, ne s'éloigne pas de l'état normal. Nous avons obtenu, en employant toujours le même thermomètre dès le début de l'expérience, 38° 4/5, 39°, 39° 1/5. Pendant l'ivresse consécutive au repas, nous continuons à trouver un léger abaissement variant entre 38° 2/5 et 37° 4/5. Le 3 janvier, la température rectale s'est abaissée à 37° ; nous avions donné avec l'alcool des débris de poisson, l'animal avait mangé plus rapidement et la résolution musculaire avait été plus complète et plus prompte.

A cette période de l'expérience se trouvent notés, du côté de la motilité, des phénomènes d'un autre ordre ; en dehors de la titubation et de la paralysie qui se montrent chaque jour pendant l'ivresse, on voit apparaître du tremblement dans les pattes ; l'animal étendu, on aperçoit des secousses rhythmiques à oscillations courtes et rapides, plus accusées dans les membres postérieurs ; ce tremblement est irrégulièrement intermittent, s'arrête quelques minutes pour reprendre ensuite avec les mêmes caractères ; il a une durée

générale de trois ou quatre heures et cesse après l'ivresse.

16 janvier. Alimentation sans alcool.

Du 17 au 31 janvier. Dose quotidienne, 40 grammes. Le délire avec les illusions et les hallucinations continue à se produire nuit et jour; à plusieurs reprises, l'animal présente une légère excitation au début de l'ivresse, il est plus gai, accourt dès qu'on l'appelle, se montre caressant; puis il chancelle, devient hébété; après l'ivresse, il reprend l'attitude craintive et effrayée qu'il avait d'abord.

Le tremblement augmente en étendue, en durée et en intensité; les muscles du dos et des épaules offrent de petites secousses appréciables à la main. Il survient, à deux reprises, des vomissements.

Février. Dose quotidienne, 50 grammes. Pendant le mois, quatre jours de repos avec alimentation non alcoolisée. L'animal a moins d'appétit, ne mange avec entrain que du poisson.

L'hébétude se prolonge davantage après l'ivresse; le délire paraît moins actif; les nuits sont moins agitées; on entend l'animal crier et gémir trois ou quatre fois seulement; dans la journée, les accès de frayeur et de colère sont aussi moins fréquents et moins violents.

Le tremblement, plus accusé, persiste après les phénomènes passagers de l'ivresse quotidienne; des pattes il gagne le tronc et la tête, celle-ci oscille d'une façon très-singulière, comme chez les malades atteints de paralysie agitante. Le tremblement, quoique beaucoup plus prolongé, ne dure pas toute la journée. L'animal est amaigri, le poil est terne, les yeux souvent chassieux. Les battements du cœur sont faibles. Il survient des vomissements, à cinq reprises, dans le courant du mois; il y a habituellement de la constipation et parfois des stries de sang tachent les excréments.

Mars. Dose quotidienne 40 grammes. Quatre jours de repos dans le courant du mois. Appétit diminué, soif vive; vomissements deux fois seulement. Même degré de tremblement; hébétude; tristesse; délire moindre. Les urines examinées ne décèlent point d'albumine ni de sucre.

Avril. Dose quotidienne, 30 grammes. Cinq fois, repos de vingt-quatre heures avec alimentation non alcolisée.

L'animal est de plus en plus triste, hébété, passe quelque-

fois plusieurs heures à manger sa ration; le tremblement n'augmente pas, le délire reste le même.

Mai. Dose quotidienne, 30 grammes. L'animal mange peu, ne touche presque plus à la viande; cependant il prend toute sa part lorsqu'on lui sert du poisson; le 14, il mange avec avidité une forte ration, il avale mêlés à sa nourriture 55 grammes environ d'alcool, et tombe dans une ivresse comateuse; pendant la nuit, il sort du chenil et sans doute encore titubant, reste étendu à terre à côté d'un vase dont l'eau est en partie répandue. Au matin, on le trouve mouillé, couché de son long, oppressé, les oreilles chaudes; pouls 130, respiration 35, T. R. 40° 1/5; à l'auscultation, rudesse et râles sous-crépitants à la base du poumon droit, râles disséminés dans le reste de la poitrine.

Le 15. Jetage roussâtre et visqueux par les naseaux, oreilles chaudes, T. R. 40° 3/5. L'animal reste étendu sur le flanc, ne veut rien prendre.

Le 16. Aggravation des symptômes; oppression très-grande, faiblesse extrême.

17. Mort le matin.

Autopsie. — La dure-mère cérébrale est légèrement injectée, mais n'offre pas de fausses membranes; l'arachnoïde et la pie-mère, œdémateuses à la base, ont une teinte rosée au niveau de l'espace interpédonculaire; elles s'enlèvent partout avec facilité. Les coupes des hémisphères montrent un pointillé fin mais sans foyer particulier. Les surfaces ventriculaires sont injectées; de riches arborisations vasculaires se dessinent sur la paroi supérieure de la couche optique et du corps strié, où l'épendyme est un peu épaissi; à la coupe, on ne découvre rien dans les parties profondes.

La dure-mère rachidienne paraît normale, l'arachnoïde et la pie-mère sont injectées surtout à la fin de la région dorsale. Les sections de la moelle font voir une injection notable de la substance grise, mais on n'aperçoit de teinte gélatineuse sur aucune portion des cordons. L'examen microscopique n'y fait point découvrir d'altération.

Les poumons présentent, par places, de larges marbrures allant du rose pâle au rouge noirâtre; ils offrent l'aspect des poumons d'enfant mort de broncho-pneumonie. Les portions

d'un rouge foncé sont denses, résistantes au toucher, ne crépitent point, vont au fond de l'eau. Sur le poumon droit, à la base, la coupe montre quelques points grisâtres. En suivant avec les ciseaux les divisions bronchiques, on les trouve encombrées de mucosités épaisses, visqueuses, mêlées de sang. Les portions marginales des lobes sont restées rosées presque partout, un peu saillantes au niveau de quelques lobules emphysémateux; les portions noirâtres sont, au contraire, déprimées à la surface. Les cavités droites du cœur sont distendues par du sang liquide mêlé de caillots noirs; les cavités gauches n'offrent rien de particulier. Le péricarde viscéral offre une teinte opaline, laiteuse au niveau des artères coronaires, surtout à la base.

Le foie est jaunâtre, parsemé de points plus foncés qui, examinés au microscope, sont le siége d'une dégénérescence graisseuse déjà bien accusée.

Les reins sont jaunâtres au niveau de la couche corticale et de ses prolongements entre les pyramides. La rate paraît normale.

L'estomac renferme plusieurs petits cailloux; la surface de la muqueuse est recouverte d'un mucus visqueux, très-adhérent; la muqueuse est épaissie, mais ne présente pas d'ulcération. (*Archiv. de physiol.*, mai 1873.)

Il nous reste encore à invoquer le secours de la physiologie expérimentale pour éclairer un côté intéressant de l'intoxication par l'abus des boissons spiritueuses ; je veux parler de l'action propre à l'absinthe.

ARTICLE III

ACTION DE L'ABSINTHE CHEZ L'ANIMAL. — SECOUSSES MUSCULAIRES; VERTIGE. — ATTAQUE ÉPILEPTIQUE. — HALLUCINATIONS; DÉLIRE. — ACTION DE L'ABSINTHE CHEZ L'HOMME.

Depuis longtemps déjà, les auteurs avaient reconnu des propriétés spéciales à l'absinthe. MM. Trousseau et Pidoux, dans leur traité de thérapeutique, disent, en parlant de son action : « Il est certain que la liqueur connue sous

le nom d'eau ou de crème d'absinthe, enivre très-facilement, produit des vertiges et un état nauséeux qui n'appartient pas alors à l'alcool mais à l'absinthe (1).» M. Bouchardat, M. Gubler, reconnaissent aussi à cet agent des qualités distinctes de celles de l'alcool. M. Meynier (2), rapprochant l'essence d'absinthe de l'essence de camomille, lui trouve une action antispasmodique et anesthésique, action, comme nous le verrons, bien différente de celle qu'elle possède réellement. Mais c'est surtout depuis 1864, après les premières recherches faites à Bicêtre avec notre regretté maître Marcé, que les propriétés toxiques de l'absinthe ont été déterminées avec plus de précision (3). D'autres travaux sont venus éclairer successivement cette étude, confirmer quelques-uns des résultats déjà obtenus, et combler les lacunes laissées par l'expérimentation première (4).

Quel que soit le chemin parcouru par le poison pour arriver jusqu'aux centres nerveux, voici ce qu'on observe : lorsque de faibles doses d'essence d'absinthe ont été absorbées, on voit, après un frémissement musculaire plus

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, t. II, p. 494.

(2) Meynier, *Recherches sur l'action toxique de quelques essences.* (Thèse de Paris, 1859.)

(3) Marcé, *Note sur l'action toxique de l'essence d'absinthe.* (*Compt. rend. des séances de l'Acad. des sc.*, 1864, t. LVIII, p. 628.) — Magnan, *Accidents déterminés par l'abus de la liqueur d'absinthe.* (*Union médicale*, nos des 4 et 9 août 1864.)

(4) R. Amory, *Expériences et réflexions sur l'absinthe et l'absinthisme.* (*The Boston medical and surgical Journal ;* 5 et 12 mars 1868.) — Challand, *Étude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme.* (Thèse de Paris, 1871.) — Magnan, *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe ; épilepsie absinthique*, 1871. — *Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence d'absinthe.* — *Épilepsie.* (*Arch. de phys.*, mars et mai 1873.)

ou moins marqué, de petites secousses brusques, saccadées, semblables à des décharges électriques, se répéter une ou plusieurs fois dans les muscles du cou, et donner lieu à des mouvements rapides et très-limités de la tête qui se porte en haut et en arrière ; les contractions gagnent successivement les muscles des épaules, du dos, et provoquent alors des secousses brusques soulevant sur place et par saccades la partie antérieure du corps ; l'animal se blottit, se ramasse sur lui-même, et semble résister de toutes ses forces contre ces puissantes décharges. Cette action de l'absinthe plus spécialement vers la tête et le cou, c'est-à-dire son influence sur la région bulbo-cervicale de la moelle, est d'autant plus remarquable que l'alcool agit en sens inverse ; celui-ci, en effet, amène d'abord la paraplégie avant de paralyser les parties antérieures du corps, l'absinthe, au contraire, provoque des secousses dans le train antérieur avant de produire des convulsions généralisées. Ce n'est pas tout; dans quelques circonstances, on voit survenir chez le chien un phénomène très-intéressant : l'animal s'arrête tout à coup, reste immobile, comme hébété, la tête basse, le regard morne, la queue abaissée ; il conserve cette attitude pendant 30 secondes à 2 minutes, puis il reprend spontanément ses allures habituelles. C'est là un état vertigineux qui ne manque pas d'analogie avec le petit mal ou absence de l'épileptique.

L'action de l'essence d'absinthe à haute dose est différente, ou mieux c'est un degré de plus dans l'intensité des phénomènes. Après des prodromes analogues aux accidents dont nous venons de parler, ou bien brusquement et plus ou moins vite, suivant la voie d'introduc-

tion du poison, il survient des attaques, l'animal tombe tout à coup, avec du trismus, des convulsions toniques qui constituent le premier stade de la crise convulsive. Le plus souvent les muscles extenseurs du cou et du dos se contractent énergiquement pour produire l'opisthotonos, mais avec lui, presque toujours, on remarque du pleurothotonos ; les muscles d'un côté du corps se contractent et amènent une courbure en arc dans laquelle un côté repose sur le sol par sa partie moyenne, tandis que les deux extrémités se soulèvent et tendent à se courber et à se rapprocher sur le côté opposé. Dans quelques cas rares, ce sont les muscles fléchisseurs du cou et du tronc qui entrent les premiers en convulsions, et chez un chien qui avait pris quatre grammes d'essence d'absinthe, la flexion fut tellement prononcée au début de la crise, que la tête s'appliquant sur le devant de la poitrine, la partie postérieure du cou, les épaules, le dos portèrent successivement sur le sol, et l'animal, avant de tomber, tourna une fois sur lui-même dans l'emprosthotonos le mieux accusé. Dans une deuxième attaque, la tête fléchie d'abord se porta rapidement dans l'extension ; trois autres crises très-violentes se produisirent successivement avec extension de la tête au stade tonique, et l'animal mourut à la cinquième crise.

A ces convulsions toniques succèdent au bout de quelques secondes des convulsions cloniques avec claquement des mâchoires, qui s'entrechoquent ou bien se rapprochent convulsivement sans arriver au contact ; il survient encore de l'écume aux lèvres et quelquefois des morsures à la langue ; une respiration stertoreuse, des évacuations d'urine, de matières fécales, et même de sperme dans quelques cas.

L'attaque finie, l'animal conserve ordinairemet un peu d'hébétude, puis revient à lui ; les attaques d'épilepsie se montrent quelquefois avec ce tableau complet de symptômes et laissent, entre elles, des intervalles, de dix, vingt minutes, et même plus. Dans ces circonstances, qui se présentent plus habituellement quand le poison a été introduit dans l'estomac, on peut se faire une idée bien nette des phénomènes; mais il n'en est pas toujours ainsi; quelques symptômes peuvent manquer, ou bien ils se succèdent très-rapidement et se confondent entre eux. Dans quelques cas les attaques se suivent sans interruption, et forment des attaques composées, confuses, avec des phénomènes convulsifs bruyants, rapides, au milieu desquels on distingue moins bien l'attaque d'épilepsie.

Tels sont les phénomènes convulsifs dus à l'absinthe, bien différents et de la paraplégie qui accompagne l'ivresse alcoolique et du tremblement qui suit l'usage prolongé de l'alcool; le vertige et l'attaque épileptique sont, en résumé, les deux degrés de l'empoisonnement aigu par l'absinthe. Mais, en outre, on voit quelquefois survenir du côté de l'intelligence des troubles fort importants pour la question qui nous occupe. Tandis que l'alcool, ainsi que nous l'avons vu, a besoin de préparer son terrain pour faire naître les hallucinations, l'absinthe provoque d'emblée des phénomènes hallucinatoires.

Expérience II. — *Hallucinations et attaques épileptiques chez un chien sous l'influence de l'essence d'absinthe.* — Chez un chien du poids de 14 kilogrammes, dans l'estomac duquel, nous injectons 5 grammes d'essence d'absinthe à 9 heures 1/4 du matin, nous voyons une première attaque d'épilepsie à 9 heures 3/4; dix minutes après, une deuxième attaque se produit

suivie de légère hébétude; revenu bientôt à lui, l'animal reste caressant, répond à l'appel, marche, court facilement. Tout à coup et sans aucune provocation, il se dresse sur ses pattes, le poil hérissé, l'aspect courroucé, les yeux injectés et brillants; il fixe le regard vers un mur complétement nu et dont rien ne peut attirer son attention; fléchi sur les pattes de devant, le cou tendu, prêt à s'élancer, il avance et recule successivement, il aboie avec rage et se livre à un combat furieux; entrechoquant les mâchoires, faisant des mouvements brusques comme pour saisir l'ennemi, il secoue ensuite latéralement la tête, serrant les dents comme pour déchirer une proie. Peu à peu, il se calme, regarde encore plusieurs fois, en grognant, vers la même direction, puis il se rassure complétement.

Voici encore une expérience empruntée à la thèse de M. Challand (1) et dans laquelle les hallucinations se sont développées avec une certaine intensité.

Expérience III. — *Hallucinations et attaques épileptiques chez un chien sous l'influence de l'essence d'absinthe.*

On fait à un jeune bouledogue une injection de 4 grammes d'essence d'absinthe dans l'estomac. Il était neuf heures et demie du matin. On prend immédiatement la température rectale; elle est de 39°,8.

Au bout de 4 à 5 minutes, l'animal paraît inquiet, agité; il gémit, se plaint un peu. La respiration devient fréquente, la bouche est baveuse. Au bout de vingt minutes, on remarque quelques secousses très-légères, ou plutôt un tremblement musculaire, aux oreilles et à la nuque. Il manifeste une grande susceptibilité nerveuse, il tressaute au moindre bruit, en donnant des signes de frayeur.

Afin d'obtenir un effet très-rapide, un quart d'heure après on injecte de nouveau 3 grammes d'essence d'absinthe dans l'estomac; on attend dix minutes, et, comme l'animal n'a encore que de petites secousses, on injecte dans la veine crurale la dose énorme de 1gr,50 d'essence d'absinthe.

Cinq minutes après, il a un mouvement de recul brusque,

(1) Challand, *loc. cit.*, p. 13. Expérience faite à l'Hôtel-Dieu à la clinique de M. le professeur Béhier.

accompagné de mouvements convulsifs légers de la tête et du tronc, puis il tombe brusquement sur le côté. Tous ses membres sont roides, tendus convulsivement, les mâchoires sont fortement serrées, le corps est comme soulevé au milieu, les convulsions toniques durent de quinze à vingt secondes, et sont suivies de convulsions cloniques très-prolongées. L'animal est toujours couché sur le côté, mais non plus soulevé, les membres sont agités de fortes secousses qui les font aller en avant et en arrière avec rapidité. La respiration devient haletante, stertoreuse; il a des claquements de dents.

Une bave mousseuse très-abondante s'écoule des lèvres. La température rectale est de 39°,8.

Il a également pendant les convulsions une évacuation d'urine et de matières fécales. Les convulsions cloniques persistent pendant deux minutes et demie à trois minutes, et cessent ensuite pendant un court espace de temps (cinq minutes environ), il n'a plus que la respiration très-haletante, stertoreuse, avec écoulement de bave épaisse, spumeuse. Puis une nouvelle attaque recommence, elle est très-violente et suivie, à très-court intervalle, d'une autre attaque également très-intense. Les deux crises sont tout à fait semblables à la première, elles sont suivies d'une série d'autres attaques qui sont tellement rapprochées qu'elles deviennent subintrantes. Dans celles-ci, les convulsions toniques sont beaucoup moins fortes et remplacées immédiatement par des convulsions cloniques. Les yeux sont injectés, les pupilles très-dilatées. De temps en temps, émission d'une petite quantité d'urine. T. R. 39°,8.

Depuis la première attaque, il s'est écoulé environ une demi-heure. Peu à peu les convulsions cessent et on voit apparaître les petites convulsions du début. L'animal paraît revenir un peu à lui. Il a toujours les pupilles dilatées, les yeux hagards, il regarde toujours dans une certaine direction, il veut aboyer, mais ne peut faire entendre que quelques sons sourds.

Puis il cherche à se redresser, il ne peut d'abord y parvenir, mais à mesure qu'il paraît reprendre connaissance, on voit se manifester d'autres phénomènes. Il a des hallucinations très-nettes, il aboie tout à coup avec fureur, bien qu'on ne le touche pas et qu'on ne l'excite pas, il grogne continuellement

en cherchant à mordre un être imaginaire ; ses mâchoires s'entre-choquent dans le vide. Si on place des objets devant lui, il cherche à les mordre, mais sans pouvoir y parvenir. Il finit par se redresser tout à fait ; mais ses hallucinations ne cessent pas ; dès qu'on fait un peu de bruit dans la salle, il manifeste une vive fureur et veut s'élancer d'un côté ou de l'autre.

Un peu plus tard encore (onze heures et demie) les hallucinations deviennent plus fréquentes, mais la perception dans l'intervalle est plus nette, il se tourne quand on l'appelle, cependant il est encore faible sur les jambes, le regard est vague.

L'animal est revenu complétement à lui dans la journée ; il n'a gardé qu'un peu de gonflement dans la cuisse, du côté où l'injection dans la veine crurale avait été faite.

Le 3 juillet, c'est-à-dire quatre jours après, il n'avait plus d'accidents, mais plus tard, il a eu du côté de la poitrine des accidents d'un autre ordre (infarctus, embolie d'essence dans les capillaires du poumon, apoplexie pulmonaire, etc.).

M. Challand fait remarquer la quantité considérable d'absinthe injectée chez ce chien, 7 grammes en deux fois, dans l'estomac, et 1 gramme 50 dans la veine crurale, tandis qu'il suffit habituellement d'une dose de 15 à 20 centigrammes injectés dans les veines pour provoquer les phénomènes toxiques. Il ajoute, avec raison, que cette essence d'absinthe était de qualité inférieure, et qu'elle provenait d'une bouteille laissée débouchée. C'est, en effet, ce qui arrive quand on n'a pas la précaution de fermer hermétiquement le flacon ; mais, en outre, l'activité des diverses essences employées dans le commerce, est variable, les unes provenant de la distillation de plantes fraîches, les autres, au contraire, de plantes desséchées. Aussi des recherches physiologiques ultérieures, aidées de l'analyse chimique de ces produits pourront combler cette lacune, en déterminant les parties actives du pro-

duit complexe, désigné sous le nom d'absinthe. Mais, dès à présent, les résultats obtenus suffisent à notre étude, puisque les essences employées sont justement celles dont le commerce fait habituellement usage pour ses liqueurs.

Le fait de l'apparition prématurée des troubles hallucinatoires sous l'influence de l'absinthe n'avait pas échapé à un observateur sagace, M. Motet, qui déjà en 1859 avait signalé cliniquement le développement plus rapide du délire chez les buveurs d'absinthe. « Là sans doute, dit-il, se retrouvent tous les caractères généraux du délire alcoolique ; mais ce qui prête un caractère particulier à l'intoxication par l'absinthe, c'est l'absence totale à cette période (aiguë) de tremblements musculaires ; il semblerait qu'on eût sous les yeux une forme éclose avant développement complet, et dans laquelle la rapidité d'action de la cause eût empêché les phénomènes habituels de se produire (1). »

Des deux agents actifs de la liqueur d'absinthe, l'alcool et l'absinthe, ce dernier poison a produit le délire et les hallucinations avant que l'alcool ait eu le temps d'exercer sur les centres nerveux une action suffisante pour amener le tremblement. C'est ce qui ressort des Observations I et II de M. Motet, surtout de la première ; l'individu, habituellement sobre, s'était mis à boire depuis peu de jours et prenait quotidiennement dix à douze verres d'absinthe. Mais l'observation est assez importante pour être reproduite dans son entier.

(1) Motet, *Considérations générales sur l'alcoolisme et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*, 1859. p. 18. (Dans les Observations I et II il n'est pas question d'attaques convulsives ; celles-ci sont signalées dans l'Observation V.)

Observation I (1). — M. S... (Jean-Baptiste) âgé de 34 ans. Cet homme, d'une stature moyenne, d'une santé habituellement bonne, travaille depuis 3 mois, comme sculpteur à la décoration extérieure du Louvre. Il était rangé, sobre, laborieux, lorsqu'il y a quinze jours, cédant à l'entraînement de ses camarades, il déserta le travail pour le cabaret. Il arriva rapidement à boire jusqu'à dix et douze verres d'absinthe par jour, puis de l'eau-de-vie, du vin blanc, etc. Quelques jours avant l'explosion du délire, il buvait encore, mais sans pouvoir se griser : il était « comme abruti. » Dans la nuit du 29 au 30 mai, il saute tout à coup à bas de son lit : il voyait des gendarmes qui venaient l'arrêter. Il proteste de son innocence, puis reste assis sans rien dire jusqu'au jour.

Il est un peu plus calme vers le matin ; il sort, boit de l'absinthe, et rentre le soir dans un état d'hébétude complète. On l'aide à se coucher, mais à peine est-il dans son lit, que des visions effrayantes viennent l'assaillir ; il ne peut un instant fermer l'œil, il se lève, se promène dans sa chambre, voit des ennemis dans les personnes qui sont près de lui pour le garder; et, comme son état inspirait des craintes, on prend le parti de le placer dans une maison de santé, le 31 mai 1857.

Dès que ses antécédents nous furent connus, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un *delirium tremens*. En examinant le malade, nous fûmes étonné de ne pas trouver chez lui de titubation, de tremblement des mains et des lèvres. A notre arrivée, il était assis, la figure altérée, anxieuse, il était immobile; son attitude était plutôt celle d'un mélancolique que d'un alcoolisé. Toutefois on pouvait remarquer qu'il y avait là quelque chose de particulier dans le regard, qui avait conservé toute sa vivacité; dans la chaleur de la peau, dans la rapidité même des mouvements de la tête, qui se tournait de côté et d'autre pour saisir ce qui se passait. Il n'y avait pas chez lui la concentration de la mélancolie avec stupeur, la fixité du regard, l'immobilité, qui la caractérisent. Le pouls était large, d'une fréquence moyenne (90), la langue saburrale, les pupilles n'étaient pas très-dilatées.

Il répond aux questions qu'on lui adresse, mais avec une

(1) Motet, *loc. cit.*, p. 31.

grande indécision. Il ne sait pas « s'il est bien lui-même; il s'appelle Sul.., il ne comprend pas pourquoi on l'appelle M. Jean. Ce n'est pas lui, il n'a tué personne, il demande pourquoi on l'injurie. » Il écoute, tournant à chaque instant la tête du côté d'où lui viennent des sons étranges. Il marche avec assez d'assurance, pourtant les jambes sont un peu faibles.

Insomnie absolue pendant la nuit, il ne crie pas, mais il parle à voix basse, il voit des flammes qui entourent son lit, des figures grimaçantes se détachent de la muraille. Il est poursuivi par des gendarmes. Pas de visions d'animaux immondes.

1er juin. Une bouteille d'eau de Sedlitz, deux potages seulement, limonade végétale (2 litres). Même état dans la journée et la nuit, évacuations abondantes.

Le lendemain matin, il est mis au bain, il y reste cinq heures, on lui fait des affusions froides sur la tête, on les répète de demi-heure en demi-heure. Nous voyons le malade dans son bain, il nous semble moins troublé. Cette amélioration n'était qu'apparente. Deux heures après ce bain, les mêmes préoccupations existaient. Il doutait de son identité, il affirmait qu'il n'avait commis aucun crime, etc. Si on lui demandait des renseignements sur sa profession, il les donnait très-exacts, mais très-peu détaillés, distrait qu'il était par des voix accusatrices. Du reste, pas d'agitation, pas de cris, pas de mouvements désordonnés.

Les grands bains sont continués pendant deux jours encore, puis, le jour suivant, un nouveau purgatif (eau de Sedlitz).

La nuit qui succède est beaucoup plus calme, M. S... dort près de deux heures sans avoir de réveils en sursaut.

Le 9 mai, nous le trouvons se promenant dans le jardin encore un peu inquiet, il nous demande ce qu'on veut faire de lui, s'il ne pourrait pas voir son père. Il nous écoute avec une attention plus soutenue. Il a une demi-conscience de son état, il sent vaguement qu'il n'est pas bien, mais il ne sait pas ce qui s'est passé. (Un bain prolongé, affusions froides.) Le soir, M. S... dîne avec plus d'appétit que les jours précédents, il dort d'un sommeil assez calme près de cinq heures.

Le 10, nous le trouvons mieux; il a encore quelques préoccupations tristes, mais il s'informe de sa famille. Pas de sou-

venirs précis, il ignore depuis combien de temps il est dans l'établissement. Nous lui disons qu'il a été malade par suite d'excès alcooliques, il convient de l'irrégularité de sa manière de vivre, du changement survenu dans ses habitudes, mais il a encore la crainte d'être arrêté et jeté en prison.

Du 10 au 15. L'appétit se régularise, les fonctions digestives s'accomplissent normalement, les idées délirantes disparaissent, et nous considérons M. S.... comme guéri.

Il sort, le 25 juin, parfaitement rétabli.

L'observation de M. Motet a une valeur d'autant plus grande qu'elle se rapporte à un malade d'une vie régulière, sobre jusqu'au moment où des circonstances particulières le poussent à boire de l'absinthe. Le fait clinique ainsi dégagé de toute complication acquiert la valeur d'un fait expérimental où le sujet se trouve placé dans des conditions précises et nettement déterminées. Si les hallucinations et le délire ne se sont produits qu'au bout de quelques jours chez ce malade, tandis qu'ils peuvent se produire immédiatement chez le chien, c'est que ce dernier prend non-seulement une dose de poison plus considérable, mais encore de l'essence d'absinthe pure, sans addition d'alcool qui, on le sait, retarde sans l'empêcher toutefois l'action de l'essence d'absinthe (1).

Si, dans leur mode d'apparition, les troubles hallucinatoires diffèrent selon l'agent qui les produit, alcool ou absinthe, les caractères généraux sont les mêmes dans les deux cas. Ces hallucinations sont pénibles, désagréables, agressives ; elles ont, d'autre part, une mobilité que les gestes expressifs, les attitudes et les mouvements rapides de l'animal, — et l'on peut aussi dire de l'homme, — montrent suffisamment.

(1) Magnan, *loc. cit.*, p. 28.

CHAPITRE II

DÉLIRE ALCOOLIQUE CHEZ L'HOMME.

De même que l'animal, l'homme, au bout de peu de temps, change de caractères, se montre irritable, inquiet, impressionnable ; il n'a plus de sommeil ; il devient le jouet d'illusions et d'hallucinations, et lorsque, après des excès répétés, il dépasse la limite de saturation, ou qu'il est soumis à quelque autre cause d'excitation, il est pris d'un accès de délire alcoolique.

ARTICLE I

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DU DÉLIRE ALCOOLIQUE.

§ I. *Caractère pénible des hallucinations.* — Les phénomènes intellectuels consistent surtout en troubles hallucinatoires, exceptionnellement de nature gaie, presque toujours, au contraire, ainsi qu'on l'a déjà remarqué depuis longtemps, de nature pénible, éveillant des craintes de toute espèce, et comme le dit M. Marcel, pouvant déterminer des impressions morales, dont la plus légère serait l'étonnement, et la plus forte une terreur profonde (1).

(1) Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques.* (Thèse de Paris, 1847, p. 12.)

L'alcoolique J... Jean (Observ. VIII) semblait devoir échapper à cette règle dans les moments où il parlait de cascades qu'il entendait mugir, de chalets illuminés qu'il apercevait, de chants, de danses dont il était témoin. Eh bien, même avec ces images riantes, ces chants et ces fêtes, il savait créer le plus triste délire. Les cascades le poussaient, disait-il, à se noyer. « Ce bruit de l'eau, c'était pour me narguer ; ça voulait dire que j'étais un lâche, que je n'avais pas le courage de me jeter à l'eau. » Le chalet avec ses hôtes joyeux, « c'était un tas de gens qui voulaient me perdre, qui se moquaient de moi et qui voulaient m'assassiner. »

Quelques malades, cependant, ont parfois des hallucinations agréables, ils entendent des musiques, des voix mélodieuses ; ils voient des paysages, des tableaux qui les charment ; l'un d'eux prétendait sentir les parfums les plus exquis. Un ancien militaire qui avait fait les campagnes de Crimée et du Mexique, et qui avait passé plusieurs années en Algérie, voyait, dans un accès de délire alcoolique, des forêts magnifiques, avec des arbres immenses ; des groupes de jeunes filles, chantant, dansant, traversaient des bosquets de fleurs, éclairés par des lumières de mille couleurs.... mais encore, quelques instants après, le tableau s'assombrissait, et les lions, les hyènes et les serpents remplaçaient les fleurs et les danseuses.

§ II. *Caractère de mobilité des hallucinations.* — Un autre caractère des conceptions délirantes et des perceptions illusoires des alcooliques bien indiqué par M. Lasègue, c'est leur mobilité (1). Hommes, choses ou animaux, tout ce qui fait l'objet des hallucinations se meut et se dépla-

(1) Lasègue, *De l'alcoolisme sub-aigu. Arch. gén. de méd.*, 1869.

ce ; de là aussi la mobilité, la rapidité des idées et des actes de l'alcoolique, qui, d'ailleurs, effrayé, anxieux, inquiet, suppliant ou agressif, intervient toujours de la manière la plus active.

§ III. *Les hallucinations ont pour objet soit les occupations ordinaires, soit les préoccupations dominantes du moment.* — Ces hallucinations varient à l'infini, mais elles reflètent souvent l'objet soit des occupations journalières, soit des préoccupations dominantes du moment, avec cependant un choix tout particulier pour ce qui est le plus pénible, le plus désagréable. Ainsi, lors des derniers événements, pendant la guerre allemande, les malades voyaient des Prussiens, s'entendaient traiter d'espion, on les appelait Bismark. Plus tard, pendant et aussitôt après la commune, les alcooliques appartenant aux troupes régulières voyaient des communards, des gardes nationaux ; ces derniers, au contraire, des versaillais. Sous l'Empire, c'étaient surtout les mouchards, les sergents de ville, et en tout temps les voleurs, les assassins célèbres, les Troppmann de toute sorte, qui fournissaient matière aux hallucinations. Quand celles-ci se rapportent aux habitudes, aux professions des individus, elles mettent le patient en scène quelquefois de la manière la plus singulière. Ainsi le malade (Observ. III), marchand des quatre saisons, voyait à terre autour de lui des choux-fleurs, de l'oseille, des radis qu'il s'efforçait de ne pas écraser sous ses pieds ; un conducteur de bestiaux stimulait son chien, voyait et appelait les bœufs et les moutons ; le gaveur de pigeons aux Halles (observ. II) croyait tenir un pigeon entre les doigts et s'évertuait à lui faire avaler le grain ; une marchande de vins répondait à ses clients, les engageait à

attendre et se préparait à les servir; le menuisier (Observ. XX) voyait retomber sur sa tête et sur son dos les planches qu'il essayait de charger sur la voiture. Une fille publique avait des idées obscènes et voyait autour d'elle des scènes lubriques rappelant son triste métier.

Ces hallucinations suivant leur intensité, suivant aussi la disposition du sujet, donnent lieu à des réactions différentes, capables de changer complétement la physionomie du malade. De là, les formes maniaque, mélancolique, stupide de la folie alcoolique, formes qui pourraient être multipliées, mais sans profit réel, si l'on voulait bien exprimer tous les aspects sous lesquels la maladie peut se présenter.

La forme maniaque est la plus fréquente, et nous la trouvons dans la plupart de nos observations; elle peut quelquefois chez le même malade précéder ou suivre les deux autres formes, sans rien changer aux caractères généraux ni à la marche de la maladie.

Le malade D... Louis (Observ. XII) le jour de son arrivée à l'asile était dans un état maniaque complet, criant, gesticulant, se portant de tous côtés; le lendemain il s'offrait sous les dehors d'un mélancolique avec demi-stupeur; il était triste, préoccupé, ne répondait pas aux questions; il paraissait effrayé, par moments, secouait tristement la tête, tenait les mains fortement appuyées vers le haut des cuisses, se levait et portait autour de lui des regards inquiets, puis restait immobile sur sa chaise. Quelques jours après, il va mieux, sa physionomie est ouverte, il parle volontiers, et il fait connaître les étranges craintes qui le tourmentaient et qui expliquaient son attitude. Il se figurait être en prison, devant un tribunal, accusé d'actes hon-

teux; il se croyait condamné à subir une affreuse mutilation et sentait l'instrument trancher ses organes génitaux, pendant que des voix moqueuses le raillaient amèrement.

La malade D... Anastasie (Obs. IV) est très-agitée à son entrée à l'asile; couverte de sueurs, sans cesse en mouvement, elle porte les mains sur diverses parties de son corps comme pour repousser ou saisir des animaux ou des insectes; elle étend les bras dans le vide, poursuit des êtres imaginaires, répond, crie, appelle, veut ouvrir les portes, les fenêtres, se cache, se défend, etc., elle se présente dans un état maniaque des mieux accusés. Pendant la nuit, la scène change : la malade ne bouge plus, ne répond à aucune question, reste immobile, se laisse déplacer, ne fait aucun mouvement pour se débarrasser de la salive qui remplit sa bouche et coule sur sa lèvre, elle urine sous elle et reste dans un état complet de stupeur. Le lendemain elle offre plutôt la forme mélancolique avec un peu d'excitation.

Mais d'où vient qu'une même cause, un poison, détermine des accidents en apparence si différents? Ces hallucinations, tout en conservant leurs caractères communs, offrent dans leur mode d'expression des degrés qui expliquent ces différences.

Forme maniaque. — A un premier degré, le malade croit entendre des injures, des provocations, il voit des voleurs, des gens armés, des animaux; ou bien il entend la voix de ses parents, de ses amis qui l'appellent, qui l'avertissent d'un danger, qui invoquent son secours ; il voit sa femme entourée d'individus subir sous ses yeux le plus sanglant des outrages. Aiguillonné par ces excitations, le malade répond, injurie, se querelle, court, s'élance,

devient furieux ; tout autant d'actes qui provoquent chez lui une manifestation bruyante, un état maniaque. C'est la forme, comme nous le verrons, qui prédomine habituellement, dans les accès de *delirium tremens*, où les troubles hallucinatoires d'une vivacité extrême s'associent au tremblement de tout le corps, à la trémulation générale de tout le système musculaire.

Forme mélancolique. — Dans d'autres circonstances l'alcoolique se voit en prison, devant un tribunal, il est accusé de différents crimes ; il s'imagine les avoir commis, il se croit trompé par tous les siens ; il assiste à l'enterrement de ses parents. Sous le coup de ces tristes impressions, il est sombre, inquiet, défiant, il se plaint, il est effrayé, il cherche à fuir, quelquefois même il conçoit des idées d'homicide ou de suicide ; il se présente, en un mot, sous l'aspect d'un mélancolique.

Forme stupide. — Enfin, à un degré plus élevé, il va subir un affreux supplice, il a devant lui les cadavres ensanglantés de ses enfants ; tout est en feu ; il va être englouti, etc. Ces images l'ont atteré, épouvanté ; il reste immobile dans un état complet de stupeur.

Entre ces différents états, maniaque, mélancolique, stupide, on pourrait intercaler de nombreux intermédiaires pour reproduire fidèlement les aspects multipliés sous lesquels se présentent les alcooliques ; mais ces divisions reposant sur des caractères fugaces, passagers, sans action sur la marche de la maladie et ne donnant prise à aucune indication thérapeutique ont une importance trop secondaire pour nous y arrêter.

ARTICLE II

MODE D'ÉVOLUTION DES TROUBLES SENSORIAUX.

§ I. *Troubles sensoriaux examinés dans leur ensemble.* — Avant d'analyser ces troubles sensoriaux, il est utile de les suivre dans leur développement. On observe, en effet, une gradation successive et dans l'intensité des phénomènes et dans leur mode d'évolution. L'on passe du simple trouble fonctionnel à l'illusion, de celle-ci à l'hallucination confuse d'abord, unique, puis multiple et devenant peu à peu hallucination nette, précise, distincte, s'imposant, en un mot, comme la réalité. A mesure que l'amélioration s'obtient, les phénomènes disparaissent graduellement, en suivant un ordre décroissant analogue, c'est-à-dire que l'hallucination précise mène à l'hallucination confuse, celle-ci à l'illusion, qui à son tour est suivie d'un simple trouble fonctionnel. Telle est l'évolution habituelle des phénomènes hallucinatoires dans l'alcoolisme. Exceptionnellement, toutefois, ils peuvent arriver d'emblée à leur apogée.

C'est ordinairement la nuit que se montrent tout d'abord ces accidents, et s'il est difficile de préciser leur mode d'évolution à cause du souvenir un peu confus qu'en gardent les malades, on peut, du moins, indiquer avec certitude leur mode de disparition. Les hallucinations d'abord persistantes le jour et la nuit commencent à disparaître le jour pour continuer à se produire la nuit avec la même intensité ; devenant moins nettes, elles se montrent plus tard, à ce moment, intermédiaire à la veille et au sommeil, depuis longtemps signalé par M. Baillarger,

comme favorable à l'éclosion des troubles hallucinatoires (1).

On ne trouve ensuite que des cauchemars, qui persistent quelques instants quand l'individu se réveille, puis de simples rêves, et le malade finit par apprécier avec une certaine exactitude ces fausses perceptions sensoriales qui ne tardent pas à disparaître complétement. Ainsi, d'abord hallucinations jour et nuit, puis seulement la nuit; plus tard, hallucinations confuses et illusions au moment du passage de la veille au sommeil, puis pendant le sommeil avec réveil inquiet, puis enfin cauchemars, rêves et retour à la santé. Il est facile de suivre cette marche décroissante chez la plupart des malades; à mesure qu'ils guérissent, ils remarquent eux-mêmes avec plaisir les changements favorables qui s'opèrent, et quelques-uns savent le rappeler d'une manière très-saisissante.

§ II. *Troubles sensoriaux examinés au point de vue des particularités qu'ils offrent dans chaque sens.* — Suivons maintenant dans chaque sens le développement de ces phénomènes. Au début, les troubles purement sensoriaux ressemblent aux symptômes observés dans beaucoup d'autres maladies. Pour l'ouïe, les premières sensations sont des bourdonnements, des tintements, des sifflements d'oreilles; des sons variés, des chants confus, des bruits de cloche, puis des cris, des voix tumultueuses. Faut-il avec un auteur allemand rattacher les tintements, les bourdonnements à une irritation du rameau du vestibule,

(1) Baillarger, *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations*, 1842. — Baillarger, *Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent.* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XII, 1846.) — Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, 1862.

les sons, les chants à l'irritation du rameau du limaçon, et les cris, les voix confuses à l'irritation des deux rameaux du nerf acoustique (1)?

Quoi qu'il en soit, l'interprétation maladive de ces sensations ne tarde pas à se faire jour ; le bruit de cloche devient pour l'alcoolique un glas funèbre ; les cris, les voix confuses, sont des injures, des menaces, des cris de détresse; peu à peu l'hallucination devient distincte, ce sont des reproches, des accusations, des plaintes, nettement formulés, des gémissements, les prières d'un parent, d'un ami, des voix connues et des paroles bien articulées.

Pour la vision, les accidents se présentent de la même manière : la vue se trouble, s'obscurcit, les objets semblent entourés d'un nuage ; il survient des étincelles, des flammes, des couleurs variées, des ombres, des objets tremblotants, des figures grimaçantes qui grossissent, diminuent, se rapprochent, s'éloignent, puis des incendies, des émeutes, des batailles. Dans quelques cas, le malade voit d'abord une tache sombre, noirâtre, à contours diffus, puis à limites distinctes avec des prolongements qui deviennent des pattes, une tête, pour former un animal, un rat, un chat, un homme.

La malade D.... Anasthasie (Obser. IV) voit sur le mur des lignes entrecroisées, des toiles d'araignées ; puis au milieu des mailles se montraient successivement une, deux, trois boules noires, qui se renflaient, se déplaçaient, prenaient la forme de chats, de singes ; ceux-ci se détachaient du mur, sautaient sur le lit, s'enfuyaient,

(1) Erhard, *Sensations auditives subjectives.* (Société de médecine de Berlin.) Analysé dans les *Arch. gén. de méd.*, mars, 1868.

rentraient dans la muraille ; elle apercevait ensuite des hommes armés, des femmes qui la menaçaient, puis enfin la scène se complétait, elle assistait au massacre de son mari et de ses enfants.

Chez les malades atteints de délire alcoolique en dehors des hallucinations si variées dont nous venons de parler, on peut voir survenir pendant un temps plus ou moins long une amblyopie, signalée déjà par beaucoup d'auteurs, et dans laquelle les objets deviennent obscurs et semblent enveloppés d'un brouillard blanchâtre ou grisâtre ; les malades peuvent confondre des pièces de monnaie d'or ou d'argent; ils ont de la peine à coudre, à écrire, et lisent quelquefois avec difficulté des caractères de trois millimètres ou même de dimensions plus grandes.

Avec l'amblyopie, existe souvent dans la perception des couleurs un trouble que M. Galezowski s'est appliqué à bien reconnaître. « Au moyen de cette méthode (chromatoscopie rétinienne), il nous est possible, dit l'auteur, de constater dès l'origine de l'affection une anesthésie de la rétine au point de vue de la perception de certaines couleurs, et surtout des couleurs composées qui ne sont ni franches ni saturées. Telles sont surtout les couleurs vert-jaune et vert-bleu, que les malades confondent le plus souvent avec la teinte prédominante. La couleur violette est prise pour le rouge et le bleu pour le gris. Nous avons l'occasion d'observer fréquemment dans notre clinique des malades atteints d'amblyopie alcoolique, et nous n'avons pas trouvé, jusqu'à présent, un seul fait dans lequel la faculté chromatique de l'œil n'ait été atteinte d'une manière ou d'une autre. Avec l'amélioration de la vue, nous avons vu

revenir aussi la sensibilité chromatique de l'œil (1). »

Nous avons trouvé assez souvent une amblyopie passagère pendant l'accès de délire alcoolique, mais la dyschromatopsie est assurément plus rare que ne le pense M. Galezowski.

Le malade C.... Louis (Obs. XVII) teinturier, ayant par conséquent des notions assez précises sur les couleurs, prenait le bleu pour le violet, le vert pour le gris et désignait le rouge sous le nom de marron ou de cachou brunâtre (n° 10 des tons de l'échelle chromatique du docteur Galezowski). Ce malade offrait, en outre, un affaiblissement de l'acuité de la vision et pouvait à peine lire les caractères d'un millimètre et demi (n° 6 de Jæger).

Le malade L... Pierre, atteint d'hémianesthésie droite, ne pouvait lire de l'œil droit que des caractères de 1 centimètre, et de l'œil gauche il lisait couramment des caractères de 3 millimètres. De plus avec l'œil droit il distinguait le rouge, le vert, le bleu, mais le violet était blanc et le jaune était blanchâtre. L'œil gauche, au contraire, distinguait très-bien toutes les couleurs.

Les perversions, les illusions, les hallucinations, sont moins nombreuses et moins variées pour les sens du goût et de l'odorat, mais néanmoins l'alcoolisé n'échappe ni aux odeurs ni aux saveurs désagréables. Il sent quelquefois des odeurs de soufre, de rat, de matières putréfiées ; d'autres fois ses aliments sont aigres, ont un goût de terre, de chair gâtée, renferment de l'arsenic, du vitriol, etc.

(1) Galezowski, *Du diagnostic des maladies des yeux par la chromatoscopie rétinienne,* 1868, p. 220.

Dans quelques circonstances, ils trouvent aux tisanes qu'on leur donne le goût du vin, de l'eau-de-vie, du rhum, de leur boisson de prédilection. Il existe encore, mais beaucoup plus souvent chez les alcooliques chroniques, de l'anesthésie de l'odorat et du goût. Nous employons pour l'exploration de l'odorat des substances généralement connues, à odeur graduellement plus accusée, telles que l'eau de fleurs d'orange, le camphre, l'essence de menthe, la teinture de musc, l'acide acétique, l'essence de moutarde ; nous avons ainsi une progression régulière qui nous permet de mesurer, en quelque sorte, le degré d'anesthésie. Pour le goût nous faisons aussi successivement usage du sucre, du sel, du sulfate de soude, de l'aloès, de la coloquinte et du piment ; il est bon pour obtenir une appréciation de quelque valeur, soit de se servir de solutions, soit de déposer et de maintenir sur la langue le corps sapide en empêchant tout déplacement, cette condition est indispensable dans les cas d'hémianesthésie comme chez les malades L..., M..., D....

La sensibilité générale avec ses différents modes d'anesthésie et d'hypéresthésie fournit aussi son contingent de sensations pénibles, et fréquemment ses troubles s'associent à ceux des autres sens. C'est ainsi que certains alcooliques sentent et voient des animaux ramper entre chair et peau; ou bien ils sont entourés par des fils de fer qui les enlacent, les serrent, les oppressent ; ils passent leur temps à dérouler ces cercles métalliques sans cesse renaissants ; ou bien encore, ils aperçoivent une partie de leur corps rongé par les vers, ils les secouent, s'efforcent, au milieu de la plus vive anxiété, de les détacher et de les jeter à terre.

La malade D... (Obs. IV) sentait une bête froide et mouillée se traîner sur ses cuisses, plonger son dard dans les chairs ; elle sentait des mouvements dans les jambes, les griffes d'un animal se plonger dans le dos. Le malade D... Louis (Obs. XII) sentait la lame du canif qui lui divisait la verge.

Le malade M... Pierre (Obs. II.) écrasait une grosse araignée noire qui se glissait entre la peau et le pantalon. On lançait sur un autre alcoolique des balles qui frappaient toutes les parties du corps, des poussières qui pénétraient dans les yeux, des boulettes empoisonnées dans la bouche.

Il nous suffira de mentionner certaines anesthésies, plus fréquentes chez les alcooliques chroniques, limitées à un membre ou à une portion de membre, mais pouvant aussi occuper une moitié complète du corps. Le souffle, le toucher, le chatouillement, la piqûre unique ou multiple, les corps froids ou chauds, l'électricité, etc., sont les moyens d'exploration qu'il convient d'employer. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet, à propos de faits d'hémianesthésie avec paralysie dans lesquels les sens spéciaux du même côté se trouvent compromis.

ARTICLE III

CLASSEMENT EN TROIS GROUPES DES MALADES ATTEINTS DE DÉLIRE ALCOOLIQUE, D'APRÈS LES SIGNES CLINIQUES TIRÉS DES ANTÉCÉDENTS DU MALADE, DE LA MARCHE ET DE LA TERMINAISON DE LA MALADIE.

§ I. — *Malades atteints de délire alcoolique à convalescence bénigne, rapide et complète.* — Après avoir étudié le délire alcoolique dans son ensemble, fait ressortir les

caractères généraux, à l'aide desquels on peut le reconnaître, et analysé dans chaque sens, les manifestations multiples qu'il présente, il s'agit de le suivre dans ces différentes terminaisons. Tantôt, et le plus souvent, au bout de trois à quatre jours, les troubles intellectuels disparaissent ; l'individu commence à se rendre compte de son état, en conservant néanmoins une certaine indécision dans l'esprit.

Pendant le jour, il répond facilement, parle et rit volontiers des visions et des idées imaginaires passées, mais, vers le soir, il perd un peu de son assurance, il a des craintes vagues, il sent déjà qu'il sera moins maître de lui, il appréhende le moment du coucher ; c'est qu'en effet, les illusions et les hallucinations auront, ainsi que l'a indiqué M. Baillarger, d'autant plus d'empire, que les causes extérieures d'excitation seront moindres, que la volonté elle-même perdra sa puissance et cessera d'intervenir à l'approche du sommeil.

Mais, au bout de quelques jours, de longues heures d'un sommeil paisible, sans rêves ni cauchemars, ramènent le calme avec les forces, et la guérison ne tarde pas à être complète.

Les faits de ce genre dont la terminaison est favorable sont nombreux et bien connus, il nous suffira d'en donner deux exemples.

Observation II. — *Depuis plusieurs années habitudes d'ivrognerie; abus de vin et quelquefois d'eau-de-vie. — Accès de délire alcoolique simple. — Convalescence rapide.*

M... Pierre, 42 ans, gaveur aux halles, a été militaire et a contracté en Afrique l'habitude de boire, son métier actuel lui

fournit aussi de nombreuses occasions de satisfaire son goût pour la boisson. Il buvait habituellement du vin, quelquefois de l'eau-de-vie, rarement des liqueurs.

Il avait souvent des cauchemars et dormait mal; depuis longtemps il avait peu d'appétit, crachait et vomissait, quelquefois le matin, de la pituite blanche ou verte. Tombé malade à la suite de nouveaux excès, il est tranporté à l'Hôtel-Dieu où, troublant le repos des autres malades, il est envoyé à Sainte-Anne.

A son entrée, le 18 avril, il est sans cesse en mouvement, déplace tout autour de lui, cherche dans tous les coins, regarde derrière les portes, ramasse à terre des objets imaginaires, qu'il secoue et rejette aussitôt, appuie et frotte le pied sur le sol comme pour écraser des insectes, passe la main devant sa figure et souffle pour repousser des fils, des poils, des cheveux, porte vivement la main sur sa cuisse et, ramenant son pantalon, il serre avec force pour écraser, dit-il, une grosse araignée noire qui se glisse entre la peau et le pantalon. Il regarde à travers la fenêtre, c'est, dit-il, la bande de la place Maubert déguisée en ours, avec des fla-fla ; il y a une cavalcade avec des lions, des panthères qui regardent et font des grimaces, il y a de petits enfants déguisés en chiens et en chats, il aperçoit Émélie, puis deux hommes qui le menacent... Il se baisse tout effrayé, ils le visent, dit-il, avec leurs fusils, ils veulent le tuer parce qu'il leur a pris la fille. Il répond à des camarades, il les appelle, il entend des disputes et veut y courir.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION NOV 12 1891

On parvient avec peine à fixer son attention ; ses mains, ses pieds sont sans cesse en mouvement pour saisir ou repousser des animaux, des objets de toute sorte.

Le visage est couvert de sueurs, la peau est modérément chaude, la température donne 38°,2, le pouls est large et dépressible (80 pulsations), la langue est humide.

Tremblement marqué des mains, un peu moins accusé aux jambes, frémissements des muscles de la face, surtout en parlant.

Traitement : Un pot de bouillon, un pot de limonade vineuse, et deux pots de tisane de chiendent.

Le malade reste levé pendant presque toute la nuit, parlant, discutant, cherchant de tous les côtés ; il aperçoit des

sergents de ville, des hommes armés ; il voit voltiger dans la chambre des pigeons qu'il cherche à saisir ; il poursuit des rats, des chats ; harassé de fatigue, il se couche sur le lit vers deux heures du matin et dort pendant deux heures ; puis il se lève et recommence la mimique de la veille.

Le 19, à la visite du matin, il ramasse des pièces de monnaie à terre, frotte la table ; puis, rapprochant sa main gauche des genoux qu'il réunit et soulève légèrement, il tient, dit-il, le pigeon et s'efforce avec la main droite de lui faire avaler le grain ; il se croit à la Halle et interpelle une foule de personnes. Il aperçoit ensuite des hommes habillés en sauvages qui défilent sur une corde.

En lui parlant vivement, on parvient à fixer son attention : il a, dit-il, mal à la tête, des picotements sur toute la peau, des crampes dans les jambes.

Il se dit empoisonné, ça le travaille dans le corps, le médecin de l'Hôtel-Dieu lui a fait prendre, dit-il, le poison de La Pommerais, le *vigitale*.

Le tremblement des mains est encore considérable. Pouls large 80, T. R. 37°,8.

Traitement : Viande rôtie, un pot de bouillon ; deux pots de limonade citrique ; un bain.

21. M... Pierre a dormi une partie de la nuit ; il a vu des pigeons dans sa chambre, des oiseaux morts avec un long bec, des rats ; il y en avait au moins deux cents sous le lit qui mangeaient ses provisions. Dans la journée, il entend par moments, la voix de ses camarades ; quelquefois aussi des menaces ou des injures.

Le tremblement des mains a diminué. T. R. 37°,6. Pouls régulier, 76 pulsations.

23. Les troubles hallucinatoires ont presque entièrement disparu le jour ; ils se montrent encore pendant la nuit.

M... parle volontiers des hallucinations qu'il a éprouvées, mais il croit encore pendant quelques jours à la réalité de quelques-unes d'entre elles.

Nous trouvons bien dessinés dans ce fait les caractères généraux du délire alcoolique. Les hallucinations de

M..., en effet, sont multiples, mobiles, la plupart pénibles; quelques-unes retracent ses occupations habituelles; d'autre part, elles ont commencé à disparaître le jour, puis la nuit, puis enfin il n'est resté que des cauchemars.

Le tremblement des mains et des muscles de la face était très-accusé, mais les autres troubles somatiques étaient relativement modérés; l'absence de fièvre et de toute complication permettait de porter un pronostic favorable.

Nous avons donné des boissons abondantes pour favoriser l'élimination du poison par les urines et les sueurs; de plus, le malade, laissé libre, a lui-même, par les mouvements si multipliés que comportait la satisfaction de ses perceptions délirantes, singulièrement activé l'expulsion de l'alcool hors de l'économie par les poumons et par la peau.

Ce fait, bien différent du *delirium tremens* fébrile, aurait été rangé par la plupart des auteurs dans le cadre du *delirium tremens*, et cependant on pouvait prévoir une guérison prompte et rapide. C'est la confusion de tous ces cas, difficiles quelquefois à distinguer, qui ont donné lieu aux statistiques si extraordinaires, dans lesquelles on voit, d'un côté, une mortalité effroyable, et d'autre part, au contraire, une bénignité qui étonne.

Observation III. — *Habitudes d'ivrognerie. — Deux accès de délire alcoolique avec hallucinations rappelant plus particulièrement les préoccupations et la profession du malade.*

D... Pierre, 33 ans, marchand des quatre-saisons, a contracté depuis longtemps des habitudes d'ivrognerie favorisées, d'ailleurs, par son métier. Depuis quelque temps il est irritable, il a des rixes avec ses camarades, dort mal et perd l'appétit.

Après plusieurs *jours de noce*, il est pris de délire et amené

à Sainte-Anne le 15 juillet 1871. A son entrée, il est agité, remuant, voit tomber tous les cheveux de sa tête, ouvre les mains, et les secoue pour les jeter à terre; il aperçoit et cherche à écarter des fils qui passent devant son visage. Il entend la voix de ses camarades, il s'entretient avec sa femme, lui parle de la Halle, de la vente; puis il se baisse tout à coup, se blottit dans un coin, pour échapper, dit-il, aux balles et à la grêle de pierres qu'on lui lance.

Sueurs profuses, peau modérément chaude; pouls large, dépressible, 90 pulsations, langue blanche.

Tremblement de tout le corps.

Contusions nombreuses sur la poitrine et les bras.

Traitement : Une bouteille d'eau de Sedlitz; 2 pots de tisane d'orge.

Bain.

Hallucinations et agitation une partie de la nuit ; sommeil pendant 3 heures.

Le 16 juillet. Les hallucinations sont moins fréquentes; toutefois le malade, souvent en mouvement, parle et se dispute avec des camarades.

Bain.

Deux pots de limonade citrique.

19. Les hallucinations ont entièrement disparu le jour, mais se montrent la nuit ; il dort peu, parle, crie par moments et paraît effrayé.

L'amélioration se continue les jours suivants. D... se souvient des vives frayeurs qu'il a éprouvées, il en rit volontiers, apprécie avec justesse tous ces accidents, promet de ne plus boire et sort guéri de l'Asile.

Pendant quatre ou cinq mois D... modère ses excès, mais peu à peu il reprend ses premières habitudes et ne tarde pas à être atteint d'un nouvel accès de délire alcoolique.

Il entre une deuxième fois à Sainte-Anne le 3 mai 1872.

A son arrivée, il remue tout autour de lui, il se déshabille, cherche à terre des pièces de monnaie, poursuit des rats, et va se heurter contre les meubles ; il se voit acculé à la muraille par une charrette qui recule, il crie d'arrêter, d'avancer, on va l'écraser; il marche avec la plus grande précaution, ne sait où placer ses pieds, il voit étalés à terre autour de

lui des choux-fleurs, de l'oseille, des radis qu'il s'efforce de ne pas écraser. Il aperçoit une tête de cheval, des serpents ; il interpelle les camarades, il répond, crie, siffle.

Tremblement des mains.

Traitement : Bain ; 2 pots de limonade citrique.

Pendant deux jours le délire persiste avec la même intensité ; cependant la deuxième nuit est plus tranquille et le malade peut dormir quelques heures.

Léger tremblement des mains.

Au bout d'une semaine, les hallucinations ont presque entièrement disparu pendant le jour, mais elles reviennent encore la nuit avec assez d'intensité.

Le matin, D... raconte ce qu'il a vu et entendu pendant la nuit, il ferme les yeux, dit-il, se bouche les oreilles, mais ça vient tout de même, puis, dès qu'il commence à s'assoupir, il est réveillé en sursaut et ne peut se rassurer qu'au bout d'un moment. L'amélioration se continue les jours suivants, et le malade est envoyé à la campagne.

Cette observation nous fournit l'exemple de deux accès de délire alcoolique simple, à forme bénigne; les hallucinations mobiles, à caractère pénible, rappellent la plupart des faits de la vie ordinaire de D...; dans les deux accès, elles disparaissent pendant le jour assez rapidement pour se montrer la nuit, surtout au moment où le malade va s'endormir. Les deux accès ont été suivis d'une amélioration assez rapide, mais si D... ne se débarrasse pas de ses habitudes d'ivrognerie, les nouvelles rechutes probablement ne se termineront pas d'une manière aussi favorable.

§ II. — *Malades atteints de délire alcoolique à convalescence lente et à rechutes faciles.*

Dans ce second groupe d'individus, l'amélioration est moins rapide que chez les alcoolisés dont nous venons de parler ; le sommeil est agité et fatigant ; il reste du malaise

cérébral, de l'obtusion et de l'incertitude dans les idées, de l'irritabilité, une impressionnabilité excessive avec des illusions et des idées vagues de persécution.

Le malade toutefois se tient convenablement, il répond avec assez d'exactitude ; mais, en poussant l'interrogatoire dans le sens de ses préoccupations, en insistant, on ne tarde pas à se heurter contre des idées délirantes d'abord peu manifestes. Cet état se présente, plus particulièrement, dans certaines conditions physiologiques ; nous l'avons remarqué pendant le siége prussien, chez beaucoup de personnes qui croyaient pouvoir impunément remplacer une alimentation insuffisante par un peu plus de vin et d'eau-de-vie. On rencontre assez souvent cet état chez quelques femmes mangeant peu, buvant, le matin ou dans l'intervalle des repas, soit du vin pur, soit des boissons spiritueuses, telles que l'eau de mélisse des Carmes, l'elixir de longue vie, la liqueur de vulnéraire ou quelque autre drogue de ce genre qu'elles prennent à titre de tonique pour se donner des forces et guérir leurs maux d'estomac.

L'exemple suivant nous donnera une idée de ce groupe de malades.

Observation IV. — *Mauvaise hygiène. — Vin pur pris à jeun. — Délire alcoolique. — Troubles hallucinatoires de tous les sens. — Successivement formes maniaque, mélancolique, stupide, selon l'intensité des hallucinations.*

D.... Anastasie, 45 ans, couturière, fait depuis longtemps quelques excès de boissons, mais elle a surtout la mauvaise habitude de ne pas manger le matin et de prendre soit du vin pur, soit quelquefois du cassis. En décembre 1870 et en janvier 1871, à la fin du siége, elle a vécu presque exclusivement

de pain trempé dans du vin pur. Depuis longtemps déjà elle éprouve des maux d'estomac, et rend souvent le matin de la pituite blanche, quelquefois jaunâtre et verdâtre comme de la bile. La perte de l'appétit, le malaise de l'estomac et une soif vive la poussaient à boire et à abuser dans les derniers temps de l'eau de mélisse des Carmes. Depuis trois mois, le sommeil est mauvais ; elle a des frayeurs; elle entend la fusillade; des soldats pénètrent dans sa maison pour la tuer; elle se lève, prend la lumière, regarde de tous côtés, puis se rassure, se remet au lit disant à sa fille : « Que je suis bête, je croyais qu'il y avait quelqu'un! »

La lumière une fois éteinte, avec l'obscurité les hallucinations reviennent; elle essaie d'abord de porter son attention sur d'autres objets, elle ferme les yeux et s'efforce de s'endormir, c'est en vain; tout à coup elle entend la voix de ses parents, les gémissements et les cris de sa fille que l'on entraîne; elle s'élance hors du lit, heurte violemment les meubles, court à la fenêtre et l'on parvient à grand'peine à la maintenir; le délire persiste jusqu'au matin : elle voit des fantômes, des oiseaux; des trames de fils viennent se poser sur son visage; des serpents glissent sur son lit; elle voit des incendies; elle entend un bruit épouvantable dans la rue où l'on massacre ses parents. Elle reste dans un état d'angoisse inexprimable jusqu'au jour où les hallucinations, sans disparaître complétement, laissent quelques instants de repos. La nuit suivante, les mêmes phénomènes se reproduisent, et la malade est amenée à l'asile le 2 avril 1872.

A son arrivée, elle est en proie aux hallucinations les plus variées ; tous les sens sont le siége de troubles hallucinatoires si nombreux que l'on trouve chez elle en quelque sorte le délire de plusieurs alcooliques ; elle se montre tantôt maniaque, tantôt mélancolique, tantôt stupide, et en quelques heures elle se présente sous ces différents aspects.

Comme il est rare d'observer un délire aussi varié, nous allons classer, d'après les sens qui en étaient le siége, les troubles hallucinatoires que nous trouvons pêle-mêle dans nos notes prises en suivant le délire de la malade.

Vue : Elle voit des toiles d'araignée sur le mur, des cordages, des filets avec des mailles qui se rétrécissent et s'allon-

gent ; au milieu se montrent des boules noires qui se renflent, diminuent, prennent la forme de rats, de chats qui passent à travers les fils, sautent sur le lit, disparaissent ; puis elle voit des oiseaux, des visages grimaçants, des singes qui courent, s'avancent, rentrent dans la muraille ; sur la fenêtre, dans la salle, elle aperçoit des poulets qui s'enfuient et qu'elle cherche à attraper ; sur tous les toits des maisons voisines apparaissent des hommes armés de fusils ; à travers un trou du mur elle remarque le canon d'un révolver braqué sur elle ; elle voit des incendies de tous les côtés, les maisons s'effondrent et s'écroulent ; tout disparaît ; au milieu de ce tumulte, elle voit massacrer son mari et ses enfants. Un instant après, les arbres semblent danser et sont couverts de globes de toute couleur qui reculent, grossissent et diminuent, par moments d'immenses feux diversement colorés éclairent l'horizon.

Ouïe : Elle entend les voix de sa fille, de son mari qui crient au feu, à l'assassin, qui appellent au secours ; on l'injurie, on l'appelle crapule, vache, etc., on la menace ; elle doit y passer, on a déjà coupé ses enfants par morceaux ; on va tout brûler ; elle entend les cloches, la musique, un bruit de machine à côté de la chambre ; puis des chants, des cris confus.

Odorat : Elle sent, dit-elle, le soufre, le vitriol ; ses draps sont empoisonnés, la couverture sent le pourri.

Goût : Ce qu'on lui donne est aigre, gâté ; on veut l'empoisonner, ça a un goût de vitriol, quelque chose qu'elle ne peut pas dire, le poison.

Sensibilité générale : Elle sent des piqûres sur le ventre, quelque chose de pesant sur la peau ; une bête froide et mouillée se traîne sur ses cuisses, elle lui plonge un dard dans la chair ; elle sent des mouvements en dedans des jambes, les griffes d'un animal qui se plantent dans le dos.

Forme maniaque : La malade très-agitée, couverte de sueurs, sans cesse en mouvements, portant les mains sur son corps, sur les murs, dans le vide, poursuit des êtres imaginaires, répond, crie, appelle, veut ouvrir les portes, les fenêtres, se cache, se défend, etc., est dans un état maniaque des plus accusés.

Le pouls est large, mou, régulier, 80 pulsations ; la langue est blanche, l'épigastre sensible à la pression. Tremblement des bras et des jambes.

Traitement : Une bouteille de limonade Rogé ; 2 pots de limonade citrique.

Forme mélancolique : Les troubles hallucinatoires persistent toute la nuit ; mais la malade très-effrayée, dans un état d'anxiété extrême, pleure et gémit.

Forme stupide : Pendant quelques heures, elle ne bouge plus, ne répond à aucune question, reste immobile, se laisse déplacer, ne fait aucun mouvement pour se débarrasser de la salive qui remplit sa bouche et coule sur sa lèvre ; elle urine sous elle, et reste dans un état complet de stupeur. Le lendemain dans la journée, la malade est inquiète et remuante. Elle dort quelques heures la nuit suivante.

Le 4 avril, D.... est triste, elle entend encore les cris et les gémissements de ses parents; elle a vu sa fille avec les bras coupés ; on l'injurie, on veut la faire mourir.

Lourdeur de tête ; tremblement des mains; crampes dans les jambes. La malade dort une partie de la nuit; elle est moins hallucinée ; mais les hallucinations lui laissent des idées de persécution : elle est en prison, on veut se débarrasser d'elle, l'empoisonner; elle reste inquiète, préoccupée, regarde avec méfiance son entourage.

Traitement : Deux pots de limonade vineuse, un pot de bouillon. Bain.

6 avril. L'amélioration se continue, mais la malade reste triste et conserve des idées de persécution.

Pesanteur de tête, engourdissement des membres. Le tremblement des mains a diminué.

La malade commence à manger.

Traitement : Deux pots de limonade vineuse, un pot de bouillon. Bain.

Quinze jours après, D... conserve encore quelques idées de persécution. Elle est envoyée dans un autre asile.

Cette observation nous donne une idée assez nette du délire alcoolique, et des troubles hallucinatoires. Ces hallucinations sont presque toutes pénibles, mobiles, et retracent la plupart des personnes ou des choses qui sont en rapport habituel avec la malade ; elles rappellent aussi

quelques-unes des scènes dont D... a été témoin lors des derniers événements et dont elle avait été vivement frappée, d'après le dire des parents, qui, d'ailleurs, mettaient le délire sur le compte des émotions éprouvées pendant la Commune.

Les hallucinations, en disparaissant, n'ont pas été suivies d'un retour complet à la santé, il reste encore quelques idées de persécution, qui persisteront, sans doute, quelque temps encore, et, d'autre part, la céphalalgie, les engourdissements des membres prouvent que l'intoxication a déjà fait quelques pas.

Chez un certain nombre d'alcooliques, consécutivement aux accidents aigus, on voit persister, émanant des troubles hallucinatoires actuels ou passés, des conceptions délirantes, tantôt multiples et variables, quelquefois plus circonscrites et affectant la forme d'un délire partiel. C'est ainsi que les uns, jaloux, soupçonneux, se disent trompés par leur femme et interprètent dans ce sens tout ce qui se dit et se fait autour d'eux. D'autres, en butte à des poursuites, s'entendent accuser d'actes obscènes, se plaignent des atteintes portées à leur honneur, à leur moralité ; on veut les perdre, les plonger dans la misère, les faire disparaître. Quelquefois encore, il reste des troubles de la sensibilité générale avec des idées hypochondriaques, des craintes d'empoisonnement.

Nous donnons ici deux exemples de ce genre ; nous trouverons plus loin des cas se rapportant à cette catégorie de malades et que certaines particularités de leur histoire telles que les abus d'absinthe, par exemple, ont fait placer dans un des articles suivants.

Observation V. — *De 1855 à 1870, entré six fois dans les asiles avec du délire alcoolique. — Deux convalescences lentes.*

D... François, 39 ans, chanteur ambulant, dont le père paraît être mort aliéné, a été traité quatre fois à Bicêtre : les trois premières fois en 1855 et 1856, la quatrième fois en 1858.

Le chagrin et les excès de boissons ont toujours été, dit-il, la cause de sa maladie. Lors de son premier accès, il s'est précipité dans la Seine du haut du pont au Change ; prenant le parapet pour une personne qui lui barrait le chemin, il l'a franchi d'un bond et est tombé dans l'eau.

Depuis 1855, à la suite d'un accès de manie qui a duré six mois, il a renoncé à sa profession de commis architecte, ne pouvant plus supporter, dit-il, le travail de bureau, et il s'est fait chanteur ambulant.

Son nouveau genre de vie l'a conduit aux excès de toutes sortes. Il a commencé à éprouver, six semaines avant sa dernière séquestration, les accidents aigus pour lesquels il a fallu l'isoler.

Chaque nuit il n'osait souffler sa bougie par crainte de voir se reproduire les visions fantastiques de la veille et les hallucinations de l'ouïe qui le poursuivaient partout. Des voix très-distinctes lui répétaient ses pensées, l'injuriaient, le fatiguaient de leurs discours ennuyeux. Sitôt qu'il était dans l'obscurité, il voyait toutes sortes d'objets prendre des dimensions épouvantables. S'il apercevait sur son lit une corbeille de fleurs, elle devenait immense et se peuplait de milliers d'animaux dégoûtants, de serpents, de crapauds ; il avait parfaitement conscience de ces hallucinations, mais il n'en était pas moins obsédé. S'il fermait les yeux, il était tiré de son sommeil par des cauchemars qui le réveillaient en sursaut.

Pour dissiper la fatigue causée par l'insomnie et pour chanter comme à l'ordinaire, il buvait beaucoup et s'enivrait souvent.

Le jour de son arrestation, passant sur le Pont-Neuf, il a entendu des voix qui le menaçaient de lui donner des coups de pieds, s'il ne jetait pas ses vêtements par-dessus les parapets. Il était convaincu, dit-il, d'être, à ce moment, halluciné, mais il n'était pas maître de lui-même et on l'a conduit au poste lors-

qu'il allait se débarrasser de ses habits se parlant à haute voix.

A son entrée à Sainte-Anne, le 8 mai 1869, il est agité, effrayé, se voit poursuivi, regarde de tout côté, répond à des individus qui l'injurient et qui l'accusent, proteste de son innocence.

La peau est couverte de sueurs, le pouls est fréquent, large, dépressible; la langue blanche à la base; la soif vive. Les urines, d'un jaune foncé, ne sont point troublées par la chaleur; elles donnent une légère effervescence par l'acide nitrique, et restent inertes en présence de la liqueur de Bareswill.

Tremblement des mains.

Traitement : Un pot de tisane d'orge avec 10 grammes de crème de tartre, 2 pots de tisane de chiendent.

Le 9 mai, la nuit a été mauvaise; hallucinations incessantes ; le malade est resté plusieurs heures levé, parlant, menaçant, appelant au secours.

Ce matin, il est fatigué, mais moins halluciné ; son attention est plus facile à diriger et il répond assez exactement aux questions.

La langue est plus humide ; une garde-robe.

Traitement : Bain; 3 pots de limonade citrique.

Le 12 mai, sommeil pendant une partie de la nuit ; quelques hallucinations, mais le malade est tranquille, reste couché et ne parle pas.

Dans la journée, les troubles sensoriaux sont rares. D... commence à se rendre compte de sa situation, et à douter de la réalité de ce qu'il voyait ou entendait pendant le délire.

A partir de ce moment, l'amélioration se continue, le malade s'occupe, a une bonne tenue, dort tranquillement et, après un séjour de trois mois, sort promettant de ne plus boire.

A peine en liberté, D... ayant repris son état de musicien ambulant recommence ses excès ; il boit de l'eau-de-vie et de l'absinthe. Des maux de tête avec des étourdissements, des vertiges, des hallucinations ne tardent pas à se montrer.

Un soir, pendant qu'il jouait dans un café, il s'imagine que tout le monde se moque de lui, qu'on l'injurie, qu'on le menace ; il quitte la salle subitement, s'enfuit tout effaré, est arrêté dans la rue et ramené quarante-huit heures après à l'Asile, où il entre le 20 novembre 1869.

Il entend des paroles menaçantes, il aperçoit des rats autour de lui, des fantômes qui grossissent, avancent et reculent successivement. Le sommeil est agité, toutefois le malade reste au lit.

Il éprouve, au matin, de la céphalalgie et de la courbature; les mains sont légèrement tremblantes. Les urines ne renferment ni albumine ni sucre.

Traitement : Bain ; un pot de tisane de gentiane.

Décembre. Les troubles sensoriaux ont entièrement disparu le jour, mais le malade reste triste, est honteux de sa conduite, déplore tout ce qui s'est passé ; la nuit des cauchemars et des rêves troublent encore son sommeil ; parfois même il aperçoit encore des fantômes. De temps à autre, il éprouve de la céphalalgie avec des éblouissements.

Mars. L'amélioration se continue ; le malade travaille, regrette ses excès, promet de ne plus boire et paraît décidé à changer de métier. Il sort au commencement d'avril.

D..., malgré ses antécédents héréditaires, s'est amélioré assez rapidement après chaque rechute, surtout dans les deux derniers accès; mais toutefois, en 1855, les accidents alcooliques ont été suivis d'un accès de manie qui a duré six mois ; et, à sa dernière entrée, il restait encore au bout de trois mois quelques idées mélancoliques, de la céphalalgie avec des étourdissements qui montraient bien que nous n'avions pas affaire à un délire alcoolique à convalescence bénigne, rapide et complète. On doit craindre par conséquent, si de nouveaux excès ramenaient D... à l'Asile, la persistance d'un délire variable, dont la durée pourrait se prolonger très-longtemps ; ou bien encore un affaiblissement des facultés qui jusqu'ici n'a atteint qu'un faible degré. A sa dernière sortie de l'Asile, D... avait promis et paraissait résolu à changer de métier ; il n'est pas rentré depuis cette époque, peut-être a-t-il tenu parole et est-il guéri ; mais les événements de 1870 et de

1871 ont fait disparaître un si grand nombre de ces malheureux malades que nous devons laisser un point d'interrogation au bas de cette note.

Observation VI.— *Fièvre typhoïde à 22 ans. — Excès de boissons. — Délire alcoolique suivi à la première entrée d'une convalescence entravée par des accès maniaques passagers.— Trois autres accès de délire alcoolique suivant une marche plus régulière.*

L... Clément est un homme âgé de 33 ans, exerçant la profession de marchand des quatre-saisons. Sa constitution paraît assez robuste, son système musculaire développé avec tendance à l'obésité ; le cou est court, le visage se colore fortement sous les moindres influences.

Vers l'âge de 22 ans, il a eu une fièvre typhoïde ; depuis cette époque le caractère s'est modifié et l'esprit est resté lourd ; par moments, il s'excite et est pris d'un grand besoin de mouvements. Depuis quelque temps, il s'adonne à la boisson et s'enivre souvent, il boit plus particulièrement du vin blanc, de l'eau-de-vie, exceptionnellement de l'absinthe. Il accuse parfois des maux de tête, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, de la faiblesse musculaire, sans paralysie véritable ; sous l'influence d'excès récents et répétés durant plusieurs jours, il est pris de délire alcoolique, et il entre à Sainte-Anne le 15 septembre 1868.

On constate chez lui une vive agitation, du désordre dans les idées et les actions, de la propension à saisir tout ce qu'il aperçoit, des périodes d'emportement et de violence, du tremblement de la langue et des mains. A certains moments il se croit entouré d'individus qui le menacent, cherchent à le frapper, à le tuer.

Ses urines examinées ne contiennent ni sucre ni albumine ; elles sont troubles, s'éclaircissent par la chaleur, et font effervescence quand on les traite par l'acide nitrique.

Traitement : Bain ; un pot de tisane d'orge avec 10 grammes de crème de tartre ; 2 pots de tisane de chiendent.

Le 18, l'agitation a beaucoup diminué, le sommeil a été assez calme, les hallucinations sont moins nettes.

Le 20, jour de sa translation à l'asile de Ville-Évrard, L... est tranquille, sa tenue plus correcte ; ses réponses assez précises ; il prête une attention plus suivie aux questions qu'on lui pose; les facultés intellectuelles ne paraissent pas notablement affaiblies.

Le 21 septembre à la visite, dans le nouvel asile, l'amélioration ne s'est pas maintenue ; au contraire, l'agitation est revenue très-violente ; les hallucinations terrifiantes ont reparu. Comme le facies est vultueux, on prescrit une saignée ; les accidents cessent assez rapidement.

Au commencement de décembre, dans le but de hâter la guérison, le malade est autorisé à aller travailler au jardin; son état semblait assez bon quand, tout à coup, il est pris de délire, redevient violent, incohérent, grossier ; il présente une vive injection de la face : on prescrit quatre ventouses scarifiées à la nuque. A ces accès d'agitation subite succède peu à peu un calme parfait.

Bientôt une nouvelle crise reproduit complétement les mêmes troubles physiques et intellectuels.

Depuis le commencement de janvier le calme n'a pas été interrompu, le délire a disparu complétement, ainsi que les autres phénomènes morbides. (Nous devons les renseignements pendant le séjour de L... à Ville-Évrard, à l'obligeance du docteur Drouet.)

Le 4 mars 1869, la sortie a été accordée.

L... rentre de nouveau à Sainte-Anne le 28 octobre 1869. D'après son frère, il n'avait pas cessé de faire des excès de boisson depuis sa mise en liberté ; il y a une quinzaine environ, à la suite de libations plus copieuses (vin, eau-de-vie), il a été de nouveau pris de délire, d'agitation, et s'est fait arrêter dans les environs de Paris. Le trouble intellectuel est intense, l'incohérence des propos très-grande, avec excitation marquée ; il entend des voix qui l'appellent de tous les côtés, cherche à ramasser des objets qu'il croit voir à terre, aperçoit des lueurs, des flammes, des étincelles, la face est injectée, il existe du tremblement de la langue et des mains. Ce malade passe dans un autre asile.

Le 30 août 1870. Troisième séquestration. L..., après avoir passé toute une journée à boire, est pris de violente agitation.

A l'entrée, l'accès a diminué d'intensité, il subsiste du désordre dans les idées et dans les actes, de l'incohérence dans le langage, une légère excitation par moments et quelques hallucinations.

Cet état se maintient au même degré, jusqu'au moment de la translation dans un autre asile.

Le 21 juin 1870, ramassé ivre sur la voie publique, L... ne conserve à son arrivée aucun souvenir de ce qu'il a fait. Il est légèrement excité, s'imagine être entouré de singes faisant des grimaces, d'animaux d'espèces diverses, d'individus armés qui parlent de le fusiller ; il a de la pituite le matin, un léger tremblement des mains, des crampes dans les mollets.

23 juin. La nuit a été agitée, il s'est levé à plusieurs reprises et paraissait conserver des hallucinations.

A son réveil il est loquace, incohérent, diffus dans ses réponses, incapable d'indiquer ce qu'il a éprouvé. Transféré dans un nouvel asile, l'amélioration devient plus sensible de jour en jour, il conserve seulement un peu de céphalalgie, et se plaint parfois, le soir, de troubles de la vue, tels que des éclairs, des éblouissements ; la face est plus congestionnée à ce moment, le tremblement de la langue disparaît lentement.

Chaque jour, L..... se rend au jardin et fournit un travail régulier, sans qu'aucun acte, aucune parole le fasse remarquer. L'amélioration continue pendant le mois de juillet et le mois d'août, époque de sa sortie.

Une fièvre typhoïde antérieure a laissé dans le caractère et l'intelligence de L... quelques traces durables déjà remarquées par sa famille. Sous l'influence d'abus alcooliques répétés, on voit débuter des accès de délire avec hallucinations d'une intensité variable qui s'amendent rapidement par le séjour à l'Asile.

Lors de la première séquestration, on a noté ce fait qui se reproduit d'ailleurs, quelquefois, de deux accès d'agitation survenant subitement après des périodes de calme complet, et sans libations nouvelles. Ces accidents se sont accompagnés d'étourdissements, de bour-

donnements d'oreilles, d'injection de la face; la complexion de L... paraît le prédisposer à des accidents de cette nature; dans le cours des trois derniers accès de délire, quand l'influence alcoolique n'a fait que s'accroître, on ne voit se reproduire rien de semblable : on sait que, sous des influences diverses, il peut survenir passagèrement chez les alcooliques des phénomènes semblables à ceux qu'ils éprouvent après des excès récents. De plus, il ne faut pas oublier qu'au moment où L... a éprouvé ces troubles cérébraux accompagnés d'excitation, il se trouvait dans une localité où la fièvre intermittente est fréquente et que, sous l'influence d'accidents passagers de cause paludéenne, il aurait pu présenter les exacerbations dont nous avons parlé.

Le délire à forme dépressive offert par quelques-uns de ces alcooliques, circonscrit dans certains cas, laisse, comme les délires partiels, une certaine liberté d'esprit aux malades qui, pouvant ainsi passer plus facilement des conceptions délirantes aux actes, fournissent des exemples plus nombreux de suicide et d'homicide.

Tous les auteurs signalent, avec raison l'ivrognerie comme une des principales causes de suicide. Le quart des suicidés de Berlin, dans une période de 9 ans, au dire de Casper, d'après des documents officiels, comprenait des gens adonnés à la boisson. M. Brierre de Boismont, dans son ouvrage du suicide et de la folie suicide, constate 530 cas de suicide par ivresse sur un total de 4,595, c'est-à-dire près d'un neuvième. Voici quelques chiffres que nous empruntons à la statistique générale des aliénés entrés dans les asiles de la Seine en 1870 et 1871, que nous avons communiquée M. Bouchereau et moi à la Société

médico-psychologique (1). En 1870, sur 1,460 aliénés, 377 sont alcooliques et parmi eux 28 ont fait des tentatives de suicide, et 9 des tentatives d'homicide.

Sur 1,059 aliénées, 64 sont alcoòliques, et parmi elles 9 ont fait des tentatives de suicide.

En 1871, sur 1,128 aliénés, 291 sont alcooliques et parmi eux 24 ont fait des tentatives de suicide, et 8 des tentatives d'homicide. Sur 1,070 aliénées, 61 sont alcooliques, et parmi elles 10 ont fait des tentatives de suicide, et 1 des tentatives d'homicide.

Nos chiffres sont inférieurs à ceux indiqués par d'autres auteurs pour deux raisons : c'est que nous avons élagué du cadre des homicides et des suicides tous les accidents, et ils sont nombreux, survenus d'une manière fortuite. Ainsi tel alcoolique s'imagine être poursuivi, passe par la fenêtre croyant prendre la porte, c'est un accident et non pas une tentative de suicide ; tel autre aperçoit devant lui un fantôme, un individu armé, il saisit une chaise, frappe et blesse son enfant couché près de lui, c'est encore un accident et non une tentative d'homicide. D'autre part, nous avons mentionné seulement les cas sur lesquels nous possédions des renseignements positifs. Ce résultat statistique doit donc être considéré comme un minimum.

Délire à forme expansive. — Les idées à caractère expansif, gaies ou ambitieuses, se sont montrées exceptionnellement chez les alcooliques aigus ; nous avons eu cependant l'occasion d'en observer quelques cas ; mais, avec les idées ambitieuses, on voyait également le délire pénible ha-

(1) Bouchereau et Magnan, Statistique des malades entrés en 1870 et 1871 au bureau d'admission des aliénés de la Seine (*Ann. méd. psych.*, 5e série t. VIII, novembre 1872).

bituel. Ainsi un inspecteur de police entré à Sainte-Anne en avril 1869 pour un accès de délire alcoolique simple, dont il a guéri au bout de trois semaines, avait eu, les premiers jours, une bouffée de délire ambitieux, qui se mêlait aux hallucinations pénibles. Il se disait millionnaire, devait mener la vie à grande guide, avoir des femmes, des domestiques, des voitures, tout le monde devait être heureux autour de lui. Quelques instants après, il apercevait des voleurs qui venaient lui prendre sa fortune, voyait des assassins armés de couteaux égorger son père et sa mère, apercevait du sang autour de lui, des fantômes, des bêtes féroces ; on l'appelait l'assassin de Montmartre, etc. Plus tard, dans sa convalescence, il se souvenait parfaitement de ce délire et disait : « C'était un mirage, mais ça me paraissait bien vrai. » Dans l'alcoolisme chronique, le délire ambitieux a un peu plus d'importance puisque, dans certains cas douteux, il peut aider à reconnaître la tendance de l'alcoolisme chronique vers la paralysie générale.

§ III. — *Malades prédisposés, atteints de délire alcoolique, à rechutes fréquentes et à convalescence souvent entravée par des idées délirantes, affectant plus ou moins la forme des délires partiels.*

La persistance du délire, après les accidents aigus, se montre chez les alcooliques à prédisposition spéciale, chez ces prédisposés dont parle M. Moreau dans sa *Psychologie morbide*, et sur lesquels M. Laborde a attiré l'attention dans un travail récent (1).

(1) Moreau (de Tours), *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*, 1859. — Laborde, *Les hommes et les actes de l'insurrection devant la psychologie morbide*, 1872. — Morel, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860, p. 513. — Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1859.

L'infériorité cérébrale de ces malades trouve sa cause le plus souvent dans l'hérédité. Mais il y a aussi le groupe d'individus qui, grâce aux excès répétés, se créent eux-mêmes pour ainsi dire une prédisposition morbide. Il est intéressant, à ce point de vue, de comparer l'état de leur intelligence, aux différentes entrées dans les asiles ; à chaque rechute, l'individu se transforme peu à peu, il descend successivement les différents degrés de l'échelle intellectuelle, et, dès la troisième ou la quatrième rechute, on trouve assez souvent l'affaiblissement des facultés derrière le délire alcoolique.

Chez cette catégorie de malades, les boissons alcooliques agissent d'une façon différente que chez les autres sujets ; on est surpris à chaque rechute de voir un délire assez accusé s'accompagner de troubles de la motilité peu marqués, il n'y a pas, entre les symptômes physiques et les symptômes intellectuels, la corrélation que nous trouvons dans la généralité des cas. Chez ces alcoolisés le système nerveux semble se dédoubler, tout ce qui appartient à l'ordre intellectuel est d'une impressionnabilité excessive, tout ce qui appartient à l'ordre physique fonctionne d'une façon normale, il y a un défaut d'équilibre ; on juge de ce défaut d'équilibre justement en observant les phénomènes qui se passent sous l'influence d'un même agent. Chez les animaux comme chez l'homme, l'alcool, par exemple, donne lieu à des phénomènes physiques et à des phénomènes intellectuels qui marchent ordinairement ensemble, se développent, s'accroissent parallèlement, et ce consensus symptomatique répond à l'action généralisée du poison sur tout le système cérébro-spinal ; mais ici l'équilibre est rompu, il suffit d'une faible

dose de poison pour impressionner vivement le cerveau dans son mode intellectuel; au contraire, les troubles physiques, les accidents propres à la moelle, propres au système nerveux de la vie organique se développent peu, ou, du moins, n'offrent pas un degré d'intensité qui dépasse ce que l'on est habitué à observer. D'ailleurs ce qui se présente dans ce cas, à propos des phénomènes intellectuels, se produit de la même manière pour d'autres maladies ; c'est le fait de l'organe faible de certains individus, toujours prêt à se laisser influencer dans les conditions les plus diverses.

Observation VII. — *Père ivrogne. — Mauvais instincts. — Excès alcooliques de très-bonne heure. — De* 1864 *à* 1872. *Neuf entrées à l'Asile. — Nombreux délits.*

L... Désiré, 28 ans, né d'un père ivrogne, d'une mère tuberculeuse, a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 10 à 12 ans, et a appris assez facilement à lire et à écrire. De 12 à 20 ans, il a eu plusieurs fois des comptes à régler avec la police, pour différents délits (vols de fruits dans les jardins, vagabondage, rixes, etc.) pour toutes ces choses, dit-il, que font *habituellement* les gamins. A cette époque déjà, il commençait à boire. Il dormait mal et avait fréquemment des cauchemars; quelquefois des maux de tête.

A 20 ans, il avait eu une fièvre typhoïde, qui n'a été marquée par aucun accident particulier.

Les excès de boissons deviennent habituels ; ses nuits sont mauvaises; il se montre querelleur, irritable, ne peut supporter la moindre contrariété.

A 21 ans, il a un premier accès de délire alcoolique, il se sauve de chez lui, court dans les rues, se croyant poursuivi par des assassins. On le fait entrer à Bicêtre d'où il sort guéri au bout de quatre mois (1864).

A peine libre, il recommence son genre de vie et ne tarde pas à éprouver de nouveaux accidents qui le ramènent à Bicêtre, d'où il est envoyé à l'Asile de Saint-Albans, avec un

convoi de malades pensionnaires de la Seine. Renvoyé comme guéri, de Saint-Albans, il revient à Paris. Il continue à boire; il se figure bientôt qu'on lui dit des injures; il voit des gens postés au coin des rues pour l'observer, on lui souffle aux oreilles. Il erre de tout côté, vivant d'une façon misérable; il est arrêté pour vagabondage et envoyé à Sainte-Anne, le 10 décembre 1867.

A son entrée, il est sombre, triste, prétend qu'on lui en veut, qu'on lui fait des misères, que des individus sont toujours après lui. Il aperçoit, par moments, des étincelles, des flammes rapides devant les yeux.

Lourdeur de tête, étourdissements; tremblement des mains.

Traitement : Bains tous les deux jours.

15 Décembre. — Il est tranquille, répond volontiers aux questions; n'éprouve plus d'hallucinations le jour; mais il est triste, paraît préoccupé; il dort mal, il se réveille fréquemment en sursaut.

Maux de tête; léger tremblement des mains.

Traitement : Bain de pieds sinapisé le soir.

Janvier. Le malade reste dans un état stationnaire; par moments, il est irritable, paraît inquiet, préoccupé, semble mécontent de l'intérêt et de l'attention qu'on lui prête. La nuit, le sommeil est souvent troublé par des cauchemars.

Pour favoriser la convalescence, L... est envoyé dans un asile agricole.

Il passe six mois à la campagne, s'occupant avec régularité de travaux faciles, mais il est peu ouvert, peu communicatif et, par moments, il se montre d'une impressionnabilité excessive.

Il s'évade de l'asile agricole et revient à Paris. Il se met à boire et va à la préfecture de police, réclamer ses papiers et protester avec la plus grande vivacité contre les séquestrations arbitraires dont il est, dit-il, l'objet.

Ramené à l'asile le 24 août 1868, il est encore envoyé à la campagne. Il y travaille d'une facon régulière, se tient bien, son sommeil est tranquille; L... paraît en bonne voie d'amélioration. On le laisse sortir à titre d'essai le 15 octobre 1868.

De retour à Paris, il va voir ses anciens camarades, se promène, parcourt plusieurs quartiers, fait probablement quel-

ques excès et formule de nouvelles plaintes contre ses séquestrations.

Il écrit au préfet de police, va trouver le commissaire, s'irrite, s'emporte, donne cours à des idées incohérentes de persécution et rentre pour la cinquième fois à Sainte-Anne, le 21 octobre 1868. En quelques jours l'excitation passagère se calme ; L... reprend son caractère habituel, travaille dans la maison, paraît plein de bon vouloir et obtient sa sortie au commencement de juin 1869.

A peine dehors, il se remet à boire, ne peut s'appliquer à aucun travail, s'enivre un jour dans un cabaret et frappe des consommateurs attablés à côté de lui. Il est envoyé à Mazas pour ce fait et ramené bientôt à l'Asile, où il entre pour la sixième fois le 15 juillet 1869. Il arrive presque guéri de son nouvel accès; il raconte que, quelques jours après sa sortie, il s'est aperçu qu'on le regardait de travers, qu'on le montrait du doigt, qu'on se moquait de lui, et que trois individus l'avaient insulté chez le marchand de vin ; il ne les connaissait pas, mais il est bien certain qu'ils parlaient mal de lui. La nuit, il n'avait plus de sommeil ; il voyait des flammes, des lueurs, il entendait du bruit dans le lointain, quelquefois des cris, des voix confuses. Il mangeait peu et buvait beaucoup.

Au bout de quelques jours on l'envoie dans un asile agricole où il reste jusqu'en décembre 1869. Remis en liberté, il passe près d'un mois à Paris et est ramené le 27 janvier 1870, pour la septième fois, dans un accès de délire alcoolique. La nuit, dit-il, on l'éveille, on l'appelle, on entre dans sa chambre, il est obligé de se lever, et il ne voit personne; dans les rues, on le regarde de travers, on l'empêche de travailler, on met obstacle à tout ce qu'il doit faire. Il raconte que l'autre jour, étant dans la foule, il a vu des individus qui voulaient lui faire un mauvais parti; il leur est tombé dessus et les a frappés (c'est en effet ce qui a provoqué sa séquestration). Il n'a pas d'appétit, la langue est blanche, les mains sont tremblantes.

Traitement : Une bouteille d'eau de Sedlitz; deux pots de limonade citrique.

Au bout de quelques jours, les accidents sub-aigus s'amendent et L... est envoyé à l'asile agricole d'où il sort au mois d'août 1870, au moment de la guerre.

Une fois le calme rendu à Paris, après les douloureux événements de 1870 et de 1871, les actes délirants de L..., passés inaperçus pendant cette période tumultueuse, ne tardent pas à le faire remarquer et à provoquer le 12 juin 1871 la huitième séquestration. Cette fois après des excès récents de boissons, il avait frappé un passant inoffensif sur le boulevard, sous prétexte qu'il le suivait et l'espionnait.

A son entrée, L... présente des hallucinations de l'ouïe et de la vue ; il entend des choses désagréables, on chuchote sur son compte ; il aperçoit des flammes et des nuages qui s'élèvent et s'abaissent devant lui.

Céphalalgie. Tremblement des mains. L..., rendu à la vie calme et régulière de l'Asile, s'améliore assez rapidement et est transféré le 18 juillet 1871 à l'asile de Pont-Labbé, d'où il est remis en liberté au commencement de 1872.

De retour à Paris, il frappe encore deux personnes chez un marchand de vin, est envoyé à Mazas et rentre à l'Asile pour la neuvième fois le 15 avril 1872.

On avait recommencé, dit-il, les mêmes misères ; on faisait du tapage autour de ma chambre ; on me bousculait dans les escaliers ; on me disait des sottises. Il voyait parfois des figures, des têtes, des arbres qui disparaissaient tout à coup.

Céphalalgie avec étourdissements fréquents, quelquefois douleurs le long des trajets nerveux de la face, plus particulièrement dans la direction des sus- et sous-orbitaires.

Langue blanche, pression douloureuse à l'épigastre ; soif ; pas d'appétit ; pas de fièvre ; rien de particulier aux urines.

Traitement : Une bouteille de limonade Rogé ; 2 pots de tisane d'orge.

Juin. L'amélioration s'est produite plus lentement cette fois, il est resté des idées de persécution, avec des hallucinations la nuit et quelquefois le jour ; L.... est triste, la fatalité, dit-il, me poursuit sans relâche ; je suis toujours malheureux ; il éprouve fréquemment des maux de tête, et parfois de l'engourdissement dans les membres.

Du 20 au 28 juin, L... a eu de l'embarras gastrique avec un peu de fièvre et, pendant ces quelques jours de malaise, les hallucinations sont devenues plus fréquentes ; il voyait la nuit des personnages passer devant les yeux, il entendait du bruit,

des paroles confuses autour de son lit; dans la journée les hallucinations de la vue se reproduisaient dès qu'il fermait les yeux.

Juillet. — Il se trouve un peu mieux, il s'occupe une partie de la journée, il dort plus paisiblement; mais il a souvent des maux de tête et des étourdissements ; il conserve du tremblement dans les mains et parfois des engourdissements et des crampes dans les membres.

L'histoire de ce malheureux malade que les excès de boissons, favorisés par une fâcheuse prédisposition, mettent constamment en lutte avec la société, est une véritable odyssée. Dès son adolescence il montre des tendances maladives, et nous voyons l'alcool agir sur cette organisation impressionnable avec une énergie toute particulière. A plusieurs reprises il a suffi de quelques excès pour ramener des accidents alcooliques, des troubles hallucinatoires après lesquels persistent, en s'accentuant davantage, des idées mélancoliques et de persécution.

Il faut également remarquer, pendant le séjour à l'Asile (20-28 juin 1872), en l'absence, conséquemment, de tout nouvel excès, l'apparition momentanée de troubles hallucinatoires sous l'influence d'une affection légère intercurrente.

Il a suffi d'une rupture passagère de l'équilibre physiologique pour permettre à l'intoxication, devenue latente, de manifester son existence d'une façon subite et bruyante. C'est ainsi, d'ailleurs, que surviennent les accès de délire alcoolique sous l'influence d'une affection intercurrente, même chez des ivrognes ne faisant pas d'excès depuis quelque temps. L'organisme, qui dans l'état de santé est assez fort pour résister à l'intoxication, se trouve sans défense dès que la maladie vient l'affaiblir et troubler la synergie de ses fonctions.

Le pronostic est assurément très-grave, qu'il soit envisagé au point de vue des troubles physiques ou des troubles intellectuels; dans les deux cas la limite d'une guérison possible paraît être dépassée.

Observation VIII. — *Antécédents héréditaires : père suicidé; frères névropathiques; enfant mort de convulsions. — Habitudes d'ivrognerie; hallucinations avec idées de persécution; tentative de meurtre; première entrée à l'Asile, séjour de 7 mois; amélioration. — Nouveaux excès. Rechute. Deuxième entrée à l'Asile. — Accidents alcooliques qui s'amendent, laissant après eux des hallucinations et des idées de persécution.*

J... Jean, 27 ans, ancien soldat, est né d'un père mélancolique, adonné aux excès de boissons, et qui s'est empoisonné; il a eu six frères : l'aîné, ivrogne, a mené une vie désordonnée et a dissipé l'avoir de la famille; le plus jeune, actuellement âgé de 23 ans, a eu des convulsions dans l'enfance, il est faible d'esprit et affecté de strabisme ; un troisième est bien portant; le quatrième est mort d'une maladie intercurrente, les deux autres sont morts de convulsions. Il a eu lui-même deux enfants d'une maîtresse, l'un venu à terme est mort-né, l'autre est mort à sept mois à la suite de roideurs avec secouses dans les membres.

Depuis son enfance, il a des rêves, des cauchemars pendant la nuit; il a toujours été sombre, triste, impressionnable, et il a contracté de bonne heure l'habitude de boire. En 1870, après des excès plus fréquents, il perd le sommeil, est agité par des hallucinations ; il s'imagine qu'on lui en veut; qu'on l'injurie, qu'on cherche à le tourner en ridicule ; que sa maîtresse le trompe et s'entend avec des individus pour le faire assommer. Sous l'incitation des idées délirantes, il fait une tentative de meurtre sur cette femme qu'il frappe dans la rue, avec un couteau. Il se laisse arrêter sans résistance, passe six semaines à Mazas et après enquête médico-legale, il est conduit à l'asile Sainte-Anne le 15 août 1870. Il dort mal, il aperçoit la nuit des choses qui l'épouvantent; il voit autour de son lit des hommes qui veulent le tuer ; il entend la voix de ses parents; on lui fait des reproches. Il

a mal à la tête, peu d'appétit, et un léger tremblement des mains.

Traitement : Bain tous les deux jours ; un pot de tisane de gentiane par jour.

Au bout de deux mois les hallucinations ont diminué pendant le jour, mais le malade est triste, inquiet et recherche la solitude ; les nuits sont mauvaises et troublées par des frayeurs et des cauchemars. Il est transféré dans un autre asile d'où il sort au mois de mars 1871, amélioré, mais non entièrement guéri. Il était triste, irritable, et son sommeil rarement tranquille. Une fois libre, il ne tarde pas à reprendre les habitudes d'ivrognerie, il boit du vin, du vermout, de l'eau-de-vie, il crache le matin et vomit quelquefois une pituite aigre. Il est réintégré dans l'armée le 8 juillet 1871, où il reste jusqu'à la fin de son congé, le 26 février 1872.

De retour à Paris, il reprend son ancienne profession de coupeur de poils, et pendant ce temps il continue les excès de boissons. Il devient inquiet; à l'atelier il vit à l'écart, se croit en butte aux quolibets et aux railleries de ses camarades; des individus s'introduisent chez lui, le suivent, le surveillent. Pour échapper à ses ennemis, il sort, va dans la campagne; il entend des cascades mugir autour de lui ; il aperçoit un chalet illuminé, des panoramas; il entend des chants, de la musique, il voit des lanternes rouges qui se balancent suspendues aux arbres. Il marche vite, il fuit; toutes ces fantasmagories, dit-il, le suivent; il voit des croix, des ombres, des étincelles; s'il avance, tout s'éloigne; s'il recule, ça s'approche ; par moments, tout disparaît. « Il entendait, dit-il, des voix qui le poussaient à se tuer; le bruit de l'eau et des cascades, c'était pour me narguer ; ça voulait dire que j'étais un lâche, que je n'avais pas le courage de me jeter à l'eau. « Dans le chalet où l'on faisait de la musique, et où l'on dansait et riait, je le voyais bien, c'était un tas de gens qui désiraient ma perte, se moquaient de moi et cherchaient à m'assassiner.

« J'ai voulu me noyer, je suis allé sur le pont de la Marne ; il y avait des hommes et je n'ai pas pu me jeter à l'eau ; le malheur me poursuit ; je veux faire du bien et je ne fais que du mal ; j'ai tout mérité. »

Après s'être présenté trois fois chez le commissaire de police pour se faire arrêter, il est ramené à l'Asile le 10 avril 1872, avec le certificat suivant de M. Lasègue : « Alcoolisme subaigu, hallucinations probables; terreurs, crimes imaginaires dont il s'accuse ; deuxième accès. » A son arrivée, il paraît inquiet, préoccupé, reste à l'écart ; son regard est brillant, ses yeux se portent de tout côté, il refuse de répondre d'abord, et semble se méfier de son entourage.

Pendant la nuit, il se lève, marche dans la chambre, parle par moments à voix basse, ou bien crie et menace.

Le 11 au matin, il est plus calme, plus confiant, les hallucinations sont moins fréquentes; il raconte assez exactement ce qui s'est passé depuis la première entrée.

Pendant la nuit, il a vu, dit-il, cinq individus qui le surveillaient, qui le traitaient d'assassin; qui voulaient lui faire du mal; il entendait des mouches bourdonner à ses oreilles; il voyait voltiger des lumières; il entendait la voix de ses parents, de ses camarades qui lui faisaient des reproches.

Pesanteur de tête; peau chaude, moite, pouls 80, large, langue blanche, anorexie.

Tremblement des mains, crampes dans les jambes.

Traitement : Une bouteille d'eau de Sedlitz, 2 pots de limonade citrique.

Le 13, J..... est triste, il entend surtout la nuit des menaces et des injures; des individus pénètrent dans sa chambre; il voit des fantômes. Dans la journée, il s'éloigne des autres malades et évite de leur parler.

Traitement : Bain ; 2 pots de limonade citrique.

19 avril, J... répond plus volontiers, sa physionomie est plus ouverte, mais ses nuits sont mauvaises, troublées par des hallucinations. Dans la journée il entend encore, par moments, des paroles désagréables ; il croit à la réalité de tout ce qu'il a vu et entendu. « Vous ne me ferez pas croire, dit-il, que ce n'était pas vrai ; on avait embauché des physiciens contre moi. » Céphalalgie et lourdeur de tête par moments, crampes dans les jambes; tremblement persistant des mains.

Mai. Il est plus tranquille, mais souvent, au moment de s'endormir, il entend des voix lointaines, tumultueuses, qui le

menacent; il aperçoit des jets de flamme qui passent devant ses yeux comme des étoiles filantes. Quelquefois à peine est-il assoupi qu'il se réveille en sursaut, tout effrayé, il lui semble qu'on va le fusiller, il ne parvient à se rassurer qu'au bout de quelque temps, et son sommeil reste alors troublé toute la nuit.

Dans la journée, il croit parfois que l'on se moque de lui; que l'on fait allusion par des mots à double entente à tout ce qui lui est arrivé.

Il reste sombre, peu communicatif, devient irritable, et sur le point de se mettre en colère à la moindre opposition.

Il conserve de la céphalalgie frontale s'accompagnant quelquefois de sifflements et de bourdonnements d'oreilles avec des engourdissements dans les membres.

Juin-juillet. Peu de changement; mêmes préoccupations; idées de persécution et interprétations délirantes de ce qui se fait autour de lui; illusions et quelquefois hallucinations, à la réalité desquelles il croit complétement; je me débarrasserai de ces idées, dit-il, quand je serai mort. Sommeil légèrement troublé par des cauchemars. Il voit encore quelquefois des flammes et des étincelles, et il entend des voix menaçantes. Parfois, maux de tête, bourdonnements d'oreilles; crampes dans les mollets. Les mains présentent encore un léger tremblement.

L'influence héréditaire se fait sentir chez J... de la façon la plus évidente; c'est un malade prédisposé, chez lequel l'action toxique de l'alcool se manifeste de deux manières :

1° En produisant le délire spécial alcoolique ;

2° En agissant à titre d'excitant sur un terrain préparé et en favorisant ainsi l'éclosion d'un délire qui aurait pu ne pas se produire en l'absence d'un *stimulus*. On voit avec quelle lenteur les hallucinations, même caractéristiques, disparaissent; nous trouvons encore, en juin et juillet, des troubles hallucinatoires qui rappellent l'ori-

gine toxique de ces accidents; mais, ce qui est plus important à noter, c'est la conviction intime de la réalité de toutes ces perceptions illusoires. Autant les alcooliques simples aident les efforts du médecin, se laissent facilement persuader, dès que l'amélioration commence à se produire, discutent et insensiblement apprécient à leur juste valeur, leurs troubles sensoriaux, autant ces alcoliques à prédisposition héréditaire sont rebelles à tout traitement physique ou moral.

ARTICLE IV

ACTION DE L'ABSINTHE CHEZ L'HOMME. — SECOUSSES MUSCULAIRES; VERTIGE. — ATTAQUE ÉPILEPTIQUE; L'ÉPILEPSIE ABSINTHIQUE N'A PAS DE RELATION AVEC LE TREMBLEMENT. — HALLUCINATIONS; DÉLIRE.

Nous avons étudié dans la partie physiologique de notre travail l'action de l'absinthe sur les animaux, et nous avons vu que cette substance déterminait, à faible dose, des vertiges avec des secousses musculaires, et qu'à dose plus élevée elle provoquait des attaques franches d'épilepsie. Elle fait naître, de plus, un délire avec des hallucinations, qui, semblable à celui de l'alcoolisme, au point de vue des caractères généraux, offre un mode d'évolution différent; tandis que l'alcool a besoin de préparer son terrain pour faire éclore le délire; l'absinthe peut d'emblée, immédiatement, produire chez l'animal des hallucinations avec des frayeurs, de la colère, des cris et de l'agitation. Cette apparition hâtive du délire sous l'influence de l'absinthe, nous la retrouvons chez l'homme, non pas avec la brusquerie qu'elle affecte chez l'animal, mais néanmoins avec une rapidité assez grande pour que

l'alcool qui est associé à l'absinthe, dans la liqueur d'absinthe, n'ait pas eu encore le temps de provoquer des troubles de la motilité; c'est ce qui ressort cliniquement des faits observés par M. Motet, et plus particulièrement de son observation Ire mentionnée page 28. Mais les caractères les plus importants, ceux qui établissent une différence radicale entre l'action de l'absinthe et de l'alcool, sont fournis par les troubles qui se passent du côté de la motilité.

Les secousses musculaires qu'une faible dose d'absinthe provoque chez les animaux, le vertige même, pourraient passer inaperçus chez l'homme saturé à la fo d'absinthe et d'alcool, ce dernier agent donnant lieu à un tremblement qui peut masquer les secousses, et à des étourdissements ayant de l'analogie avec les vertiges; mais néanmoins ces symptômes n'échappent pas à un examen attentif (Obs. X, XI, XIII).

Si l'intoxication se complète, apparaissent alors des accidents irrécusables, visibles pour tous, je veux parler de l'attaque d'épilepsie.

L'attaque d'épilepsie n'est point, comme beaucoup de médecins le pensent, la plus haute expression des troubles de la motilité chez les alcooliques, ce n'est pas le degré le plus élevé de cette trémulation générale que l'on trouve dans le *delirium tremens*, c'est un accident d'un autre ordre qui se surajoute aux autres phénomènes moteurs. Il suffit, pour s'en convaincre, de remarquer les circonstances au milieu desquelles les attaques se produisent. Tantôt, elles surprennent les malades au début, tantôt au déclin de l'accès de délire alcoolique, quand le tremblement est peu accusé; d'autres fois, au contraire,

elles se montrent au milieu de l'accès, quand le tremblement est à son apogée; mais, quel que soit le moment de l'apparition de l'attaque, le tremblement reste, après elle, ce qu'il était avant. Il diminue ensuite si l'accès de délire alcoolique est vers son déclin, il augmente au contraire si l'attaque est survenue au début. Dans l'observation IX empruntée à la thèse de Lagarosse, nous lisons au 13 mai : « Le trouble des mouvements a diminué ; » puis le 14 : « La nuit a été moins bonne que la précédente, le malade a été agité ; *attaque épileptiforme.* » Un peu plus loin : « L'amélioration ne s'est pas démentie, les crises épileptiformes ont diminué, et depuis le 20 mai n'ont pas reparu. » Il n'est plus question du tremblement, mais bien d'attaques préexistantes au tremblement et qui d'ailleurs disparaissent elles-mêmes. Donc, pas de corrélation entre l'attaque et le degré de tremblement.

Dans l'observ. X de M. Motet, le 17, on note : « tremblement des extrémités ; » le 18, trois attaques se produisent, et, comme trouble de la motilité, on trouve : « faiblesse extrême des membres inférieurs ; » il n'est plus question de tremblement. Le lendemain il survient une nouvelle attaque, et l'on ne signale encore que la faiblesse des jambes sans parler du tremblement qui, sans doute, avait à peu près disparu, puisque M. Motet, attentif à l'examen des troubles de la motilité, n'en parle pas. Il en est de même, du reste, pour les autres observations. Lorsque des attaques d'épilepsie surviennent dans le cours de violents accès de *delirium tremens*, on trouve dans les antécédents l'abus de l'absinthe, si bien que l'on peut dire d'une façon générale : « point d'attaques, pas d'absinthe, » à l'exception, toutefois, de quelques cas rares

dans lesquels les malades ont fait abus de vin blanc, de bitter ou de vermout.

D'après la statistique de 1870 et 1871, que j'ai communiquée avec M. Bouchereau à la Société médico-psychologique, en 1870, sur 377 alcoolisés entrés dans nos asiles, 31 avaient eu des crises épileptiques à la suite de l'abus d'absinthe. En 1871, sur 291 alcoolisés, 15 ont éprouvé des attaques d'épilepsie. Ces attaques d'épilepsie, liées à l'absinthe, se sont présentées aussi bien chez des malades atteints d'accidents aigus que d'accidents sub-aigus. Ce qui prouve surabondamment, comme nous l'avons déjà dit, qu'il n'y a pas de relation entre l'attaque épileptique et le degré de tremblement.

L'action particulière de l'absinthe n'est pas un fait indifférent à connaître, et peut-être eût-on usé plus modérément de la saignée chez les malades atteints d'épilepsie dite à tort alcoolique, si l'on eût été bien pénétré de l'idée que l'attaque était due à l'action directe d'un poison, jouissant de la propriété spéciale de stimuler, d'une façon déterminée, le pouvoir excito-moteur du bulbe et de la moelle, sans l'intervention nécessaire de ce *raptus sanguin* vers le cerveau, auquel certains auteurs faisaient jouer le principal rôle dans la production des attaques convulsives. L'expérimentation physiologique démontre d'ailleurs que les hémisphères cérébraux ne sont pour rien dans le développement de l'attaque convulsive, qui, sous l'influence de l'absinthe, apparaît avec les mêmes caractères chez les animaux privés préalablement des lobes cérébraux.

Nous ne croyons pas nécessaire de faire remarquer que, dans la recherche des accidents convulsifs chez les alcooliques, il est indispensable de séparer les attaques

convulsives épileptiformes des alcooliques chroniques (analogues à celles que présentent les paralytiques généraux, les déments séniles, les malades atteints de tumeurs cérébrales, etc.), des attaques franches d'épilepsie observées chez les alcooliques aigus et dont nous venons de nous occuper. Ces dernières dépendent de l'action spéciale d'un poison, les premières se trouvent sous la dépendance des lésions profondes déjà produites dans les centres nerveux.

Nous ajouterons que ces attaques épileptiques fort graves, dans quelques cas rares, se terminent ordinairement d'une façon favorable. Les cas graves sont ceux où les attaques se répètent, coup sur coup, ne laissent entre elles que des intervalles de cinq à dix minutes, à la troisième ou à la quatrième attaque l'individu peut succomber immédiatement ou bien rester dans un état comateux qui se termine par la mort; lorsque, au contraire, deux ou plusieurs heures séparent les attaques, on les voit d'habitude passer sans accidents. La même gravité s'observe chez les animaux quand les attaques se succèdent rapidement.

Les observations suivantes, auxquelles il serait facile d'en joindre bon nombre d'autres, suffiront, pensons-nous, à donner la preuve clinique de l'action spéciale de l'absinthe et de l'épilepsie absinthique.

Observation IX (1). — M. A..., âgé de 33 ans, sans profession, est entré à Charenton le 9 mai 1863.

M. A... a reçu une éducation assez complète. Depuis sa sortie

(1) L'observation IX est empruntée à J. Lagarosse, *Essai sur la folie alcoolique aiguë* (Thèse de Paris, 1864, Observation II).

du collége, il a passé sa vie dans l'oisiveté. D'un caractère vif, emporté, il s'abandonnait fréquemment à de violents accès de colère. Il passait sa vie dans les estaminets, les cafés, se livrait à de copieuses libations. Il était surtout *grand buveur d'absinthe.* Pendant plusieurs années, sa vigoureuse constitution a résisté à ces excès. Il y a six mois, des signes d'intoxication alcoolique ont commencé à apparaître. Les mains étaient agitées de tremblements, surtout le matin à jeun; à peu près à la même époque apparurent des crises convulsives qui existent encore aujourd'hui. Ces crises qui, au début, ne se montraient que tous les quinze jours, se sont peu à peu rapprochées jusqu'à devenir à peu près journalières.

Le délire dont il est atteint aujourd'hui ne date que de huit jours environ, et n'est arrivé que par degrés à l'intensité qu'il a sous l'influence de libations répétées. Hallucinations très-actives de l'ouïe et de la vue; il est poursuivi par des créanciers, il est accusé de vol, on le menace de l'échafaud, etc.

Délire très-actif la nuit, de là ses frayeurs nocturnes qui l'ont fait arrêter par des sergents de ville auxquels il demandait secours contre ses ennemis. Peu de sommeil depuis le début du délire, insomnie complète depuis trois jours.

Le 9. M. A.... est couché à l'infirmerie, le désordre des mouvements étant tel qu'il peut à peine se tenir sur ses jambes. Tremblements des mains, soubresauts des tendons, face rouge, animée, yeux injectés. L'œil gauche offre une ecchymose sous-conjonctivale assez étendue, sans trace de coups pouvant l'avoir produite; la peau est chaude et couverte de sueur; le pouls est plein, fréquent, 90. Le délire n'est pas très-violent, on fixe assez facilement l'attention du malade; on peut cependant constater l'existence des hallucinations. Les menaces qu'il entend lui causent beaucoup de frayeur.

Le 10. M. A... a passé une très-mauvaise nuit, délire violent, hallucinations très-actives, il criait et cherchait à fuir les dangers qui l'entouraient. Il a été nécessaire de l'attacher dans son lit; crise convulsive qui, d'après le rapport du gardien, rappelle une attaque d'épilepsie.

Le malade est moins agité dans ce moment. Mêmes symptômes du côté de la motilité; pouls à 95; saignée de

500 grammes, boissons nitrées; le sang se recouvre d'une couenne épaisse.

Le 11, la nuit a été mauvaise et aussi agitée que la précédente, saignée de 500 grammes : boissons nitrées. Le malade a été pris dans la journée d'une crise convulsive à laquelle nous assistons; *elle représente, à s'y méprendre, une attaque d'épilepsie :* le sang est encore couenneux, mais moins qu'hier.

Le 12, le malade est plus calme, face moins rouge, pouls 80.

Le 13, la nuit a été moins mauvaise, le malade a eu un peu de repos; aujourd'hui il est plus calme et nous donne quelques détails sur la maladie. L'ecchymose sous-conjonctivale a à peu près disparu, il ne reste plus qu'une coloration jaunâtre; le trouble des mouvements a diminué, la face est moins rouge, le pouls est à 80.

Le 14, la nuit a été moins bonne que la précédente, le malade a été agité; attaque épileptiforme.

Aujourd'hui il est calme, abattu et comme plongé dans la stupeur; les hallucinations sont toujours très-actives.

Dans l'après-midi, tentative de suicide en se précipitant sur le parquet, la tête la première.

Le soir, il renouvelle sa tentative, il en résulte des ecchymoses à la joue et au front.

Le 15, le malade est plus calme, mais il est toujours triste.

Depuis ce jour, l'amélioration ne s'est pas démentie, les crises épileptiformes ont diminué et depuis le 20 mai n'ont pas reparu. M. A. pendant quelque temps encore a été fatigué, surtout le soir, par les hallucinations, mais elles ont fini par disparaître; il en a été de même du trouble des mouvements, et, à la fin du mois de mai, on peut considérer M. A. comme complétement guéri.

Il reste néanmoins dans la maison de santé quelque temps encore, et la guérison ne s'est pas démentie.

Observation X (1). — M. D..., âgé de 33 ans, marchand de vins, est à la tête d'une maison importante : négociant actif et habile, il fait consommer le plus possible à sa clientèle, et prêche d'exemple ; il boit chaque jour de huit à dix verres d'absinthe, du vin blanc, de l'eau-de-vie en quantités varia-

(1) L'observation X est empruntée à M. Motet, *loc. cit.*, observ. V, p. 40.

bles, parfois ses libations vont jusqu'à l'ivresse. Telle est la vie qu'il mène depuis environ quatre ans.

Le 13 juin 1858, après deux jours d'ivresse, il est pris de délire, avec tremblement des mains et des pieds. Il voit de petites bêtes courir sur les murs de sa chambre, sur son lit; il ressent de violentes secousses électriques, et, comme il se croit l'objet de persécutions de la part de diverses personnes, il veut sortir pour aller dans la rue, il s'agite, s'emporte; loquacité, incohérence, hallucinations.

Il reste ainsi pendant trois jours; au quatrième l'excitation tombe un peu, M. D... est pris de sueurs d'une abondance extrême, le tremblement des membres est plus marqué; pâleurs subites.

Nous le voyons pour la première fois le 17 juin. Sueurs extrêmement abondantes, tremblement des extrémités, besoin de se mouvoir; véritables accès, pendant lesquels le malade obéit à une impulsion irrésistible; il se précipite, court en rond; mais pas de convulsions. Pouls à 96, large, régulier; la nuit, même état d'excitation, sueurs abondantes, loquacité, hallucinations, insomnie, soif vive. — Vin rouge, largement étendu d'eau, un litre dans la nuit; bouillon froid.

Le 18, à 7 heures du matin, un accès épileptiforme très-nettement caractérisé, après lequel la langue se sèche, le pouls s'élève à 112; pâleur extrême, pas de sueurs; expression de malaise général; à 9 heures, deuxième accès; à midi, troisième accès, tous deux très-violents, mais de courte durée. Après eux faiblesse extrême des membres inférieurs; il faut maintenir le malade, qui cherche à se lever; état général assez inquiétant. En présence de ces accidents, et ne voulant pas d'ailleurs pratiquer d'émissions sanguines, on prend le parti de placer le malade dans une baignoire, sous la chute continue d'un filet d'eau froide; on laisse le malade ainsi pendant quatre heures. Le soir, à 6 heures, la chaleur de la tête a considérablement diminué, le pouls s'est abaissé, la physionomie est moins altérée; M. D... écoute quand on lui parle; on le couche; pas de sommeil la nuit, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Au matin, le 19, encore un accès. Bain de cinq heures, pendant lequel se manifeste un mieux sensible; M. D... répond aux questions; il ne sait encore ni

ce qu'il a ni dans quel endroit il se trouve, mais il sait qu'il a bu beaucoup. On lui donne dans le bain un potage, qu'il prend avec plaisir. Il est un peu plus calme en sortant du bain; mais une foule de petites bêtes marchent sur lui, entrent dans sa bouche; il est encore très-loquace; il tient à peine sur ses jambes, mais cependant tout l'état général est plus satisfaisant. On le nourrit avec des potages.

Le 20. Nuit meilleure, sommeil; journée assez calme, mais pas encore de retour vers les idées saines.

Le 21. Appréciation plus exacte de son état. M. D... sent qu'il est malade; moins de tremblements des mains, mais faiblesse des jambes. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 22. Apparition d'une multitude de furoncles sur tout le corps; l'intelligence s'éclaircit.

Le 25. Perte de l'appétit, malaise général, langue blanche, nausées et vomissements. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 27. État très-satisfaisant; sommeil calme, nuit sans hallucinations. Guérison.

Sorti le 1er juillet 1858, parfaitement rétabli.

Observation XI (1). — *Excès de vin et d'eau-de-vie; excès d'absinthe; délire alcoolique; attaque épileptique. Développement à trois reprises des mêmes accidents. Albuminurie. Pneumonie.*

Cl... Louis, âgé de 32 ans, épicier marchand de vins, entre à Bicêtre le 31 octobre 1863.

Il est d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une santé excellente, d'un caractère doux et uniforme jusqu'au commencement de 1862, époque à laquelle, changeant de métier, il cesse d'être pâtissier pour devenir épicier marchand de vins. Jusque-là, sa conduite avait été régulière, et il n'avait fait d'excès d'aucune nature; ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à signaler; il a eu lui-même quatre enfants : deux sont morts accidentellement, et les deux survivants jouissent d'une santé parfaite; le plus jeune a environ 2 ans; leur naissance remonte donc à une époque antérieure à l'installation de Cl... comme marchand de vins.

(1) Magnan, *loc. cit. Union méd.*, 4 août 1864.

A partir du mois de février 1862, Cl..., pour faire marcher son commerce et pour attirer les clients, se fait un devoir de boire avec eux, et, chaque jour, il prend en assez grande quantité du vin, de la bière et de l'eau-de-vie ; de temps à autre quelques verres d'absinthe. Ce genre de vie dure à peine depuis trois mois que Cl... a déjà perdu l'appétit, dort mal, devient irritable. « Il se lance alors dans l'absinthe, » suivant son expression, « pour se donner du ton, » et il fait l'aveu d'en avoir bu de quatre à six verres par jour; mais sa femme prétend qu'il en prenait souvent en cachette. Cette habitude une fois contractée, les conseils des amis, les prières de la femme n'empêchent point Cl... de prendre ses absinthes, il se trouve mieux après les avoir bues, et quelque chose lui manque, dit-il, quand, par hasard, il n'a pas fait ses libations ordinaires. Avec ce régime, la santé continue à s'altérer; l'appétit, presque nul, devient capricieux; les digestions pénibles; des vomituritions, quelquefois des vomissements de mucosités aigres se montrent le matin; il survient des *défaillances* qui le forcent par moments à s'arrêter et même à s'asseoir, et du tremblement dans les mains, plus marqué le matin, un peu moindre après les repas.

Ces phénomènes persistent pendant l'année 1862, ils augmentent avec les excès, diminuent un peu quand le malade, trop fatigué, obligé de garder le lit, s'affranchit pour quelque temps de sa déplorable habitude. Mais, au commencement de 1863, Cl..., dont la santé est très-altérée, « pour se donner des forces, » a recours, plus fréquemment encore que d'habitude, à la liqueur d'absinthe. Bientôt des accidents nouveaux surviennent; il est pris subitement d'une crise convulsive à l'église, pendant les cérémonies d'un enterrement; il tombe tout à coup, perd connaissance, agite les bras et les jambes; la face devient grimaçante; de l'écume se montre à la bouche, et la langue est mordue. Après quelques minutes, Cl... revient à lui, conserve un air hébété tout le jour, et reprend, le lendemain, sa physionomie habituelle. A partir de ce moment, les *défaillances* se montrent plus fréquemment, mais toujours sans perte de connaissance. La santé devient plus mauvaise, et, vers le 15 octobre, à la suite de nouveaux excès de boissons, parmi les-

quelles la liqueur d'absinthe joue encore le principal rôle, il survient, pendant qu'il monte un escalier, une deuxième crise semblable à la première, avec perte de connaissance, convulsions, écume à la bouche, et morsure de la langue. La chute détermine plusieurs contusions sur différentes parties du corps et une plaie à la région orbitaire. Il reste de la fatigue et de l'hébétude pendant deux jours, puis Cl... se remet à boire, et il est amené à Bicêtre, le 30 octobre.

Il reste agité et crie toute la nuit. Le matin, à la visite, on le trouve dans le lit, où il est maintenu par la camisole ; il est pâle, bouffi; il a le teint plombé, le visage couvert de sueur, les yeux brillants, les pupilles dilatées, égales; la langue blanche, profondément déchirée des deux côtés, sur les bords; le ventre dur, avec de la constipation; les urines sont rougeâtres; traitées par l'acide nitrique et par la chaleur, elles donnent un dépôt albumineux de la moitié environ du tube. La sensibilité est exaltée partout au simple contact et au pincement; il a un tremblement considérable des bras et des jambes, des lèvres et de la langue, surtout quand celle-ci est tirée hors de la bouche; la voix est faible, la parole hésitante et tremblante. Il s'agite, soulève la tête, regarde de tout côté, change de conversation à chaque instant, est incohérent, n'a pas conscience du lieu où il se trouve, se croit dans la rue, chez lui, dans son magasin; il croit voir sa femme et ses enfants, leur parle, les engage à fuir, à échapper au danger, se détourne, voit au pied du lit des rats, une araignée, voit des flammes, a peur, crie. Il passe la journée au milieu de ces angoisses. On lui prescrit un grand bain de deux heures; une potion avec 30 gouttes de laudanum.

1er novembre. Pas de repos pendant la nuit précédente. Les hallucinations persistent; le matin, il voit le visage de sa fille couvert d'ordures. Il se plaint d'une douleur de chaque côté de la poitrine; la respiration est fréquente; pas de toux; la percussion et l'auscultation n'indiquent rien d'anormal. La peau est chaude, baignée de sueur; le pouls est fréquent, intermittent; les battements du cœur, irréguliers, se succèdent par saccades. Les urines sont moins rouges; traitées par l'acide nitrique et la chaleur, elles donnent un dé-

pôt albumineux qui ne dépasse pas le tiers du tube. Il n'y a pas de douleurs dans les reins.

Prescription : Potion avec 30 gouttes de laudanum.

2 novembre. Il a dormi un peu pendant la nuit, malgré la persistance des hallucinations; il est plus calme le matin, mais il conserve un aspect étonné; il répond lentement aux questions, se souvient confusément de ce qu'il a pu voir ou entendre; il a conscience du lieu où il se trouve; il conserve un tremblement considérable des mains, une faiblesse musculaire générale, la marche est mal assurée. Il a moins de chaleur à la peau, qui reste moite; le pouls est plus régulier; la respiration plus facile; les douleurs de côté moindres; les urines donnent, par les réactifs, un dépôt du cinquième du tube.

Prescriptions : Bain; potion avec 30 gouttes de laudanum.

4 novembre. Il a passé deux nuits assez bonnes, sans hallucinations ; hier, dans la journée, il a écrit une lettre raisonnable, et dont les caractères sont bien tracés; ce matin, il y ajoute une phrase qui est notablement tremblée. (Il a remarqué lui-même déjà, depuis plusieurs mois, que le tremblement des mains était plus considérable le matin.) La face reste pâle et bouffie, les lèvres décolorées, le regard conserve quelque chose d'indécis. Les urines, moins rouges, donnent un très-faible précipité.

Prescriptions : Bain; potion avec 30 gouttes de laudanum.

6 novembre. Il dort pendant la nuit, le visage est plus reposé; les réponses sont plus nettes; il s'informe de sa famille, parle de ses affaires, qu'il désirerait reprendre bientôt.

Les urines, devenues plus claires, donnent encore quelques flocons albumineux par l'acide nitrique et la chaleur. On continue la potion avec 30 gouttes de laudanum.

9 novembre. La santé s'améliore chaque jour; il a de l'appétit, les morsures de la langue sont cicatrisées, ce qui lui permet de manger maintenant du pain et de la viande. Le teint reste pâle; le visage est moins bouffi; le tremblement des mains persiste. Les urines donnent encore quelques traces d'albumine.

11 novembre. Nuits bonnes, sommeil sans rêves; réponses nettes et sensées; tremblement moindre des mains; peu de

tremblement de la parole ; visage moins pâle; physionomie bien rassurée; appétit meilleur, digestions régulières. Les urines ne donnent plus de dépôt albumineux.

15 novembre. L'amélioration se maintient. On est venu le voir ; on l'a mis au courant de ses affaires, qui vont mal, il en en est inquiet, s'en préoccupe, désire sortir bientôt pour y veiller. Les urines donnent un léger précipité par la chaleur et l'acide nitrique.

20 novembre. Amélioration notable ; le tremblement des mains s'amende chaque jour ; la voix est claire ; la parole ne tremble plus. Le visage reprend son expression naturelle, se colore un peu. Les fonctions digestives sont régulières ; le sommeil est calme ; les urines ne donnent plus le moindre précipité.

Cl.... reste jusqu'au 23 novembre, époque à laquelle on le laisse sortir à cause de ses affaires, quoique sa santé ne soit pas encore entièrement rétablie.

Deuxième accès. — Cl..... est ramené à Bicêtre le 28 avril 1864. D'après les renseignements, il n'a pas cessé de boire depuis sa sortie ; il prenait moins d'eau-de-vie, mais il s'adonnait toujours à l'absinthe. Il s'est enivré plusieurs fois et, dans ces moments, il devenait irritable, frappait sa femme. Sa santé toujours chancelante l'a rendu incapable de tout travail; il a gardé le lit pendant trois semaines pour une fluxion de poitrine. Il y a cinq jours, après avoir encore fait abus d'absinthe, il a eu une crise convulsive semblable aux deux crises qu'il avait eues l'année dernière.

A son entrée, il est très-pâle, bouffi, il a les lèvres violacées, les sclérotiques et le sillon labio-nasal jaunâtres, les yeux noyés, le regard inquiet; il cherche partout, fait le tour du lit, soulève les couvertures, se cramponne aux objets qui l'environnent, saisit ses voisins, les retient avec force, les laisse aller, se rapproche d'eux, va de tout côté, et semble en butteà de nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe ; il répond incomplétement aux questions; on ne peut fixer un instant son attention ; il prononce deux ou trois mots, puis se retourne, regarde avec crainte, marmotte quelques paroles incompréhensibles. Sa marche est incertaine, au moindre contact il a un soubresaut, il se retourne vivement

tout effaré. Il a entendu, pendant la nuit, sa femme ses enfants ; on les a fait disparaître dans le poêle, dans un bassin ; il ne sait où ils sont. Sensibilité exagérée et tremblement des mains et des jambes, des lèvres et de la langue, voix tremblante et un peu rauque. Soif ; langue rouge à la pointe; épigastre douloureux ; pas de constipation.

Prescription : Bain ; potion avec 10 centig. d'extrait gommeux d'opium.

30 avril. Il a dormi quelques heures pendant la nuit ; il a entendu encore sa femme et ses enfants, il est abattu, oppressé, il respire péniblement, il tousse et rend avec beaucoup d'efforts des crachats muqueux d'un rouge sale par places, peu adhérents au vase ; il éprouve une douleur de côté, obtuse, profonde, plus sensible dans les larges inspirations. Matité relative à droite dans les deux tiers inférieurs, plus marquée en se rapprochant de la base ; respiration rude en arrière, râles sous-crépitants fins ; à gauche, râles sibilants ; peau chaude ; pouls à 90 pulsations, petit, dépressible. Les urines, un peu troubles, laissent déposer, par la chaleur et l'acide nitrique, un précipité albumineux qui occupe un cinquième environ du tube.

Prescription : Julep avec 15 centig. de kermès ; trois pilules renfermant 60 centig. d'extrait de quinquina.

1er mai. Visage inquiet ; sommeil incomplet ; rêvasseries ; toux quinteuse, fatigante ; expectoration pénible ; crachats muqueux, mêlés de sang ; matité à la base du côté droit, respiration bronchique ; râle crépitant, fin, appréciable dans les grandes inspirations; peau sèche, chaude; pouls petit, dépressible.

Prescription : Julep avec 20 centig. de kermès ; trois pilules renfermant 80 centig. d'extrait de quinquina; vésicatoire.

2 mai. Facies plus reposé; somnolence ; toux fréquente avec expectoration plus facile; crachats visqueux, transparents par places, rouillés d'une manière plus uniforme ; matité à droite, surtout à la base ; souffle bronchique ; résonnance de la voix ; vibrations thoraciques plus marquées ; râles sous-crépitants dans le reste du côté droit ; peu de chaleur à la peau ; sueurs profuses par tout le corps ; pouls, 94, plus large, mais toujours dépressible ; les urines sont claires; traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles deviennent un peu louches.

Prescription : Potion avec 30 centig. de kermès; trois pilules renfermant 80 centig. d'extrait de quinquina; infusion de camomille.

3 mai. Fatigue; somnolence; moins d'oppression; peu de douleur; toux avec expectoration facile; crachats muqueux, jaunâtres, peu adhérents au vase, quelques-uns mêlés de sang; matité à droite, respiration bronchique ; peau haliteuse; sueurs abondantes toute la nuit; réponses plus calmes; souvenirs confus des circonstances qui ont déterminé l'entrée à l'Asile ; tremblement des mains; parole moins embarrassée.

Prescription : Potion avec 30 centig. de kermès ; trois pilules renfermant 60 centig. d'extrait de quinquina.

4 mai. Sommeil pendant la nuit; facies plus reposé; réponses lucides; parole peu embarrassée, pas d'oppression ; respiration facile; toux moins fréquente, avec expectoration de crachats muqueux, plus épais, jaunâtres, quelques-uns blancs, spumeux; matité moindre à droite ; respiration moins rude ; râles sous-crépitants ; à gauche, râles sibilants et muqueux; rien aux urines. — Même prescription.

5 mai. Abattement, malaise, sommeil pénible, rêvasseries ; les symptômes pectoraux s'amendent, mais pas d'appétit ; bouche pâteuse, langue blanche, ventre un peu tendu, diarrhée, six selles par jour.

Prescription : Potion avec 2 grammes de diascordium; tisane de riz édulcorée avec du sirop de coing.

8 mai. Faiblesse, allures nonchalantes, somnolence; plus d'hallucinations ni de rêves; douleur de côté nulle, toux légère, avec expectoration facile de quelques crachats muqueux, jaunâtres ; appétit médiocre; persistance de la diarrhée.

Prescription : Deux demi-lavements avec 20 gouttes de laudanum et 1 gramme d'extrait de ratanhia.

12 mai. Amélioration notable; pâleur et bouffissure de la face moindres ; sommeil; appétit; moins de diarrhée. Le malade se lève une partie de la journée. Mêmes prescriptions.

20 mai. Cl... entre en pleine convalescence, le sommeil est calme, l'appétit renaît ; la face se colore ; les allures sont plus naturelles ; la toux cesse ainsi que la diarrhée. Les mains et la langue ne sont plus tremblantes; les réponses sont nettes et lucides.

Il reste dans le service encore une dizaine de jours, et sort, décidé à redevenir pâtissier, et promettant bien de ne plus boire.

Suite de l'observation. — Troisième entrée. Sorti pour la deuxième fois, Cl... renonce pendant quelque temps à l'absinthe, mais il recommence, au bout de peu de jours, à boire du vin et de l'eau-de-vie. Le sommeil devient mauvais, des hallucinations se montrent avec leur caractère pénible; l'appétit est perdu ; des flots de pituite sont rendus le matin, et les membres deviennent tremblants. Cet état dure deux mois, mais C..., se trouvant plus faible, a recours encore une fois à sa liqueur favorite.

L'absinthe provoque bientôt de nouvelles crises d'épilepsie. C... rentre à Bicêtre une troisième fois, le 5 décembre 1864. Au moment de son entrée, il portait encore à la langue des traces de morsures, témoignage éclatant de la dernière crise.

Telle est cette observation, pour ne pas dire cette expérience. Le sujet est un homme vigoureux, vierge jusque-là de tout accident alcoolique et de tout phénomène convulsif. Il commence par des excès de vin et d'eau-de-vie, il devient alcoolique ; puis il s'adonne à l'absinthe, il devient épileptique.

Après le premier séjour à l'Asile, les accidents disparaissent. Une fois sorti, il recommence à boire ; les accidents alcooliques arrivent d'abord ; il prend de l'absinthe, nouvelle attaque d'épilepsie. Séjour à l'Asile, cessation des accidents. Pour la troisième fois, excès de vin et d'eau-de-vie, alcoolisme ; excès d'absinthe, attaques épileptiques qui s'ajoutent. Séjour à l'Asile et sobriété, cessation des accidents.

Observation XII. — *Excès de boissons, plus particulièrement d'absinthe. — Délire alcoolique, attaque épileptique. — Sobriété relative; diminution des accidents. — Nouveaux excès. Délire al-*

coolique à forme maniaque suivie rapidement de délire à forme mélancolique. Attaques épileptiques.

D... Louis, 40 ans, ancien soldat, aujourd'hui charpentier, est né de parents bien portants, et son frère jouit d'une bonne santé. Devenu soldat, il a été envoyé en Afrique où il a contracté l'habitude de boire; il était, dit-il, garçon de cantine et se distribuait le matin les premières rations d'absinthe. Il avait des cauchemars; il voyait la nuit des choses effrayantes; il lui arrivait quelquefois, dit-il, *de pisser au lit, de se mordre la langue et de trouver le matin son traversin taché de sang.* Il a eu plus tard, dans le jour, quelques attaques épileptiques, et il est entré à l'hôpital pour un accès de *delirium tremens.* Après son congé, il a continué à boire, mais toutefois en modérant ses excès.

Sa santé s'était améliorée, il n'avait pas éprouvé d'autres crises convulsives, lorsqu'il y a trois ans, dit le frère, il a recommencé à boire, en quantité, de l'eau-de-vie et de l'absinthe. De nouveaux accidents se sont bientôt montrés; il se levait quelquefois la nuit, cherchait dans sa chambre, ouvrait la porte, la fenêtre; se plaignait d'ennemis imaginaires. Il n'avait plus d'appétit, éprouvait du dégoût pour la viande, mangeait peu et buvait d'autant plus qu'il sentait ses forces diminuer.

A quelques jours d'intervalle, il a eu deux attaques d'épilepsie.

Dans les derniers temps, il était inquiet pendant le jour, et travaillait très-irrégulièrement; enfin, depuis 8 jours, il survient du délire, de l'agitation et des hallucinations qui le font séquestrer. Il entre à Sainte-Anne, le 20 avril 1872, accompagné du certificat médical suivant : Délire alcoolique aigu. — Excitation violente. — Craintes; cris; insomnie. Illusions de la vue; terreurs. Tremblement des membres.

A son arrivée D... est dans un état d'agitation extrême; sans cesse en mouvement, il frappe contre les murs, les portes, cherche de tout côté, se baisse vers le parquet, regarde vers le plafond; se croit en prison; s'imagine avoir commis des crimes; voit des assassins, des gens armés qui le poursuivent, etc. Sueurs profuses; tremblement des mains.

La nuit se passe sans sommeil; il bouleverse son lit; regarde et cherche dans tous les coins; crie, discute; répond aux injures; il se montre tantôt agressif, d'autres fois, au contraire, suppliant et plein de terreur. Avec le jour, son attitude change et le matin à la visite on reconnaît à peine le malade de la veille.

Il se tient debout, immobile, appuyé contre le mur; l'air consterné, les yeux baissés, ne répondant à aucune question, se laissant déplacer, ou n'offrant qu'une faible résistance; s'arrêtant dès qu'il n'est plus dirigé et poussé. Les interpellations les plus vives ne peuvent le distraire de ses préoccupations, qui se traduisent de temps à autre par l'expression de crainte du regard et du visage. Pendant qu'on l'interroge, il porte les mains au haut des cuisses, s'abaisse dans une demi-flexion et conserve plus d'un quart d'heure cette posture en serrant vivement les jambes. Il ne mange pas; si l'on place les aliments dans sa bouche, il ne remue pas, reste immobile, la mâchoire entr'ouverte, avale les liquides, du bouillon, du lait, que l'on porte avec un biberon à long bec jusqu'au fond de la bouche.

Le pouls est régulier, 70 pulsations; la peau est légèrement moite. Le tremblement des mains est beaucoup moindre que la veille.

Traitement : Bain; un pot de limonade vineuse; un pot de bouillon; un pot de lait.

Dans la journée, il n'y a rien de changé dans l'attitude mélancolique et demi-stupide du malade; on l'assoit sur la chaise percée, où il reste plus d'une demi-heure avant d'uriner; à une seconde tentative, il rend une selle molle.

On ne peut obtenir aucune réponse, toutefois son délire paraît moins actif et moins mobile; à deux ou trois reprises dans la journée, il porte les mains vers le bas-ventre et se tient ramassé sur lui-même. Pendant la nuit, il ne bouge pas, pousse, par moments, quelques soupirs et ne dort point.

Le 22 au matin, même attitude mélancolique; il finit par dire : « Ne me tuez pas; je n'ai pas fait de mal; ne me la fen-« dez pas. » Langue humide, pouls régulier, pas de chaleur à peau; léger tremblement des mains.

Traitement : 2 pots de limonade vineuse, un pot de bouillon et de lait.

Dans la journée, on parvient à lui faire prendre quelque nourriture; sa physionomie est moins concentrée, mais il ne parle pas. La nuit est meilleure, il dort plusieurs heures.

Le 23, le matin à la visite, il est triste, ne répond pas d'abord, mais peu à peu il se décide à parler. Il croit avoir insulté et outragé des femmes; il est condamné à un affreux supplice, les juges l'avaient dit; on doit le faire manger par des bêtes, il voyait des serpents ; on doit lui fendre la verge; il sentait hier, dit-il, le canif qui la lui coupait; il entendait ses camarades et des voix moqueuses qui lui disaient : tu n'es plus un homme, c'est bien fait, etc.

Dans la journée, il commence à se reconnaître, il cause avec son entourage; il entend encore quelques menaces la nuit au moment de s'endormir; il voit des points lumineux, des globes blancs passer devant ses yeux.

24. Il est plus tranquille, ne paraît plus avoir d'hallucinations; il raconte longuement les étranges craintes qu'il a éprouvées, et commence à douter de la réalité de toutes ces scènes effrayantes.

L'amélioration se continue les jours suivants au point de vue du délire, mais il survient, dans le courant de mai, deux attaques épileptiques et une troisième le 3 juin ; sans nouveaux accidents intellectuels.

L'observation de D... est instructive au double point de vue de l'action spéciale de l'absinthe et de l'importance secondaire que l'on doit attribuer aux diverses formes maniaque, mélancolique ou stupide que le délire alcoolique peut revêtir.

D..., dont les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier, au point de vue de l'épilepsie, se porte bien jusqu'à l'époque où, devenu garçon de cantine, il s'adonne à l'eau-de-vie et à l'absinthe ; assez rapidement surviennent les troubles intellectuels propres à l'alcoolisme en général, et, de plus, des accidents convulsifs que l'on ne peut s'empêcher d'attribuer à l'absinthe. D..., en effet, n'était pas

épileptique, il se trouvait au début de l'intoxication alcoolique quand les premières attaques se sont produites, et leur fréquence a suivi assez régulièrement les excès plus nombreux d'absinthe.

Quant aux formes maniaque, mélancolique, stupide du délire alcoolique, nous les trouvons réunies chez D..., en rapport uniquement avec l'intensité plus ou moins grande des troubles hallucinatoires, et sans amener le moindre changement dans la nature, la marche, le pronostic ou le traitement de la maladie.

Observation XIII. — *Excès d'eau-de-vie et d'absinthe. — Vertiges et attaques d'épilepsie. — Accès de délire alcoolique. — Persistance de quelques troubles somatiques.*

B... Baptiste, 42 ans, cocher, entre à Sainte-Anne le 6 juin 1872. Il n'offre rien de particulier du côté de l'hérédité. Il fait depuis très-longtemps des excès de boissons, il boit surtout de l'eau-de-vie et de l'absinthe. Marié depuis quatre ans, il n'a point d'enfants; sa femme a fait une fausse couche de six semaines.

Il a éprouvé depuis quelques années d'abord des vertiges et des secousses musculaires, puis des attaques. Tout à coup, un nuage lui passe devant les yeux, et il est obligé de s'appuyer; pendant un instant, dit-il, il n'y est plus; il a failli à plusieurs reprises tomber du siége de sa voiture.

Dans ses attaques, il tombe tout à coup, perd connaissance, se mord la langue, secoue les bras et les jambes, laisse échapper quelquefois les urines et les matières fécales ; pâlit d'abord et devient ensuite violacé; ses lèvres se couvrent d'écume.

Depuis plusieurs mois, il dormait mal, était effrayé, avait des cauchemars; il crachait, vomissait le matin de la pituite verdâtre.

Dans les derniers jours, l'insomnie était complète, il restait éveillé, il entendait diverses personnes ; il croyait avoir assassiné un homme; on l'accusait de toute sorte de crimes; il a cherché à se pendre.

Entré à l'Asile, il est agité, il paraît épouvanté, il prétend être un assassin, il croit voir sa femme noyée; il se voit entouré de chevaux qui ruent et se battent. Peau chaude, moite; pouls développé, dépressible; tremblement considérable des mains, avec secousses brusques, par intervalles, dans des groupes isolés de muscles.

Traitement : Un pot de lait; deux pots de tisane d'orge.

7 juin. Insomnie, hallucinations, frayeurs, une partie de la nuit. Ce matin le malade est plus calme, il entend des voix confuses; par moments, ce sont ses camarades ou sa femme qui lui parlent. Lourdeur de tête, bourdonnements d'oreilles, crampes dans les bras et dans les jambes, avec un peu de faiblesse. La sensibilité générale paraît normale dans ses divers modes (toucher, piqûre, température). Les saveurs et les odeurs sont exactement appréciées; il entend bien; il distingue nettement les objets, et lit facilement.

Traitement : Bain; deux pots de tisane d'orge.

12 juin. Il a eu un vertige dans la journée; il était assis sur une chaise, il a pâli, ses bras sont retombés, il est resté un instant immobile, puis il s'est mêlé de nouveau à la conversation, n'ayant qu'une notion très-vague de ce qu'il venait d'éprouver.

Les nuits sont encore agitées par des hallucinations et des cauchemars; dans la journée il est plus tranquille, il s'occupe et aide les infirmiers dans leur service : toutefois il se montre irritable, mécontent, supporte avec peine sa séquestration.

Lourdeur de tête et engourdissement des membres; léger tremblement des mains. Peu d'appétit.

Traitement : Pendant trois jours, on donne au repas du soir une pilule d'Anderson.

Le malade continue à s'améliorer, son sommeil n'est plus troublé que par des rêves; dans la journée il travaille, se tient bien, mais il conserve une certaine irritabilité. Il a de temps à autre des maux de tête et des crampes dans les mollets. Il promet de devenir plus sobre et de quitter Paris pour éviter les occasions; il sort le 10 juillet.

Ce malade n'offre rien dans l'hérédité qui puisse se rattacher à une affection comitiale, il boit de bonne heure

de l'absinthe et se trouve atteint d'abord de secousses musculaires et de vertiges, puis d'attaques épileptiques. Ces faits sont aujourd'hui très-nombreux, et, en compulsant les auteurs, on trouve des accidents vertigineux ou convulsifs, que l'on avait rapportés d'une façon générale à l'alcoolisme et qui, d'après l'observation même, sont sous la dépendance de l'absinthe. Chez ce malade, malgré la disparition assez rapide des troubles hallucinatoires et du délire, il reste des maux de tête, des engourdissements, des crampes, qui décèlent déjà un degré assez avancé d'empoisonnement, mais susceptible certainement de guérison avec la cessation des excès de boissons.

ARTICLE V

TRAITEMENT.

§ I. *Ivresse.* — La première indication à remplir auprès de l'homme ivre, c'est de provoquer le vomissement, si l'on peut supposer encore dans l'estomac des liquides spiritueux. On emploiera le tartre stibié, et encore mieux, la poudre d'ipécacuanha dont l'action sera favorisée par l'ingestion d'eau tiède ; ou bien, plus simplement, et quand il faut agir avec rapidité, la titillation du voile du palais pourra suffire à provoquer le vomissement. On conseillera ensuite le repos horizontal, la tête légèrement élevée, le corps suffisamment couvert pour éviter l'action du froid extérieur qui, s'ajoutant au refroidissement dû à l'ivresse, est souvent cause de complications. On emploiera aussi avec avantage l'ammoniaque liquide administrée soit en potion, soit en lavement. Le thé, le café, les frictions stimulantes, l'application de sinapismes, etc., sont tout autant de

moyens qui trouvent leur application dans les cas d'affaissement, de torpeur générale plus ou moins grande.

§ II. *Délire alcoolique.* — Le délire alcoolique qui comprend, nous l'avons vu, les formes sub-aiguës de l'alcoolisme ou les cas de *delirium tremens* simple, sans fièvre et sans complication, réclame peu d'agents tirés de la matière médicale, mais bien les moyens prophylactiques capables d'empêcher les excès de se reproduire.

Comme moyens pharmaceutiques, on devra recourir à quelques purgatifs, plus rarement aux éméto-cathartiques pour remplir les indications relatives au tube digestif, et pour débarrasser les premières voies des saburres, compagnes si fréquentes des excès de boissons.

Dans quelques cas, les lavements seront nécessaires pour combattre la constipation opiniâtre de certains alcooliques. Des boissons diurétiques, délayantes, légèrement apéritives seront données avec abondance les premiers jours ; et, plus tard, on les remplacera avantageusement par des macérations ou des infusions très-légères de quassia amara, de gentiane, de colombo, de houblon, prises dans la journée et au moment du repas, pendant lequel elles pourront être mêlées au vin, en guise d'eau ordinaire. Ces tisanes amères paraissent faciliter la digestion, et nous avons vu certains buveurs les substituer, à leur grand profit, à l'eau-de-vie et aux trop copieuses rations de vin. Enfin, le café ou un peu de vin de quinquina, également après le repas et non avant, et encore moins à jeun le matin, seront employés avantageusement et seront peut-être acceptés plus tard par les malades comme stimulant ordinaire et suffisant. Quelques ivrognes se figurent, de bonne foi, qu'ils ont besoin d'un excitant,

que leur estomac délabré est incapable, par ses seules forces, de suffire au travail de la digestion, et ils recourent aux boissons fortes pour se donner du ton et de la vigueur; le raisonnement ne parvient pas à les convaincre, mais, comme ils se trouvent bien quelquefois de ces boissons amères, ils finissent alors par en prendre l'habitude.

L'excuse d'entrer dans des détails, en apparence si peu importants, se trouve dans la nécessité d'insister sur tous les moyens, petits ou grands, qui s'opposent à l'ivrognerie.

Séquestration. — Mais, à côté de la question de thérapeutique qui puise les médicaments dans la matière médicale, il en est une autre très-importante, bien digne de fixer l'attention, je veux parler de la séquestration et de la durée de cette séquestration. Et d'abord, faut-il séquestrer tous les malades atteints de délire alcoolique? Posée d'une façon aussi générale, la question ne saurait être résolue. C'est justement pour la solution de ces questions éminemment pratiques qu'il est indispensable de classer, en groupes distincts, les malades affectés de délire alcoolique.

Pour le deuxième et le troisième groupe que nous avons admis (2° *malades à convalescence lente et à rechutes faciles ;* 3° *malades prédisposés*), il est évident que la séquestration est de nécessité absolue; mais, en ce qui concerne les malades du premier groupe à convalescence bénigne, rapide et complète, et pour un certain nombre de malades chez lesquels le délire disparaît au bout de trois ou quatre jours, on peut se demander s'il est indispensable de les faire passer par un asile.

M. Lasègue termine son mémoire sur l'alcoolisme sub-

aigu par la phrase suivante (1) : Enfin et toujours parce qu'il n'est qu'un accident passager, l'alcoolisme sub-aigu doit être assez sûrement reconnu par le médecin pour qu'il en affirme la nature et la prochaine guérison. Le confondre avec des folies durables et qui réclament des *mesures décisives*, ce serait commettre une lourde faute dont je n'ai pas besoin d'énumérer les fâcheuses conséquences.

M. Motet, dans son Analyse du mémoire de M. Lasègue, formule la conclusion pratique à déduire de ce travail. On doit presque pressentir, dit-il, toute l'importance des déductions pratiques qui en doivent découler; la plus sérieuse de toutes est incontestablement celle-ci : « Il n'est pas nécessaire, dans l'immense majorité des cas, de faire

(1) Lasègue, *Arch. gén.*, août 1869, p. 163. — Voici la définition que donne M. Lasègue de l'alcoolisme sub-aigu.

« J'appelle alcoolisme sub-aigu la forme apyrétique, exempte des grandes perturbations du système nerveux central, coma, fureur maniaque, etc., et des troubles de circulation locale ou générale, qui accompagnent la fièvre alcoolique aiguë ; d'une durée qui excède rarement deux septenaires et qui presque toujours est de moins d'une semaine, caractérisée par un état délirant assez particulier pour qu'à lui seul il permette d'affirmer la nature de la maladie, par un tremblement également caractéristique, par de l'insomnie et par des malaises digestifs plus ou moins accusés ; forme assez exactement définie, quoiqu'elle s'interpose entre l'acuité franche et la chronicité, pour autoriser un pronostic ; assez commune pour qu'elle réponde aux trois quarts des cas qu'il est donné d'observer » (*loc. cit.*, p. 157).

Sous la désignation d'alcooliques sub-aigus, M. Lasègue nous paraît réunir des faits qu'il est nécessaire de séparer au point de vue pratique. D'une part, en effet, nous sommes en présence de malades guérissant en moins d'une semaine, et, d'autre part, de malades qui peuvent ne pas être guéris au bout de quinze jours; or, les alcooliques sub-aigus dont le délire persiste au delà de quinze jours, ont souvent des idées de persécution, des idées mélancoliques, etc., qui les rendent dangereux, et qui, par suite, les distinguent nécessairement des autres alcooliques. Je dois ajouter qu'il est parfois impossible, au moment de l'accès de délire alcoolique, de prévoir s'il sera suivi d'idées délirantes d'une certaine durée et que, de plus, au déclin de l'accès, celles-ci ne sont pas toujours faciles à apprécier. On s'exposerait donc à des mécomptes en ne prenant pas des mesures de précaution, ou bien en mettant trop hâtivement ces malades en liberté, dans les cas où leur séquestration aurait été effectuée.

admettre dans des asiles d'aliénés les individus atteints d'alcoolisme sub-aigu; leur guérison est rapide, et, pour l'obtenir, il suffit de l'isolement et du repos qu'il est possible de leur assurer autrement que *par une séquestration administrativement constatée* (1). » L'idée est bonne assurément, mieux vaut traiter ailleurs que dans un asile d'aliénés, un alcoolique dont le délire est de moins d'une semaine, mais la disparition des hallucinations et du délire n'est pas le retour complet à la santé ; le plus souvent, on le sait, ces malades conservent encore quelques jours un état de malaise cérébral, un sommeil agité par des rêves et des cauchemars, des troubles gastriques qui les poussent à de nouveaux excès et à une prompte rechute.

De sorte qu'en réalité, dans l'état actuel des choses, ne possédant pas de refuges ou d'hôpitaux spéciaux pour conserver le temps nécessaire à leur guérison complète cette catégorie d'alcoolisés, il est préférable, à notre avis, de les faire entrer dans les asiles, où, d'ailleurs, grâce à une observation continue, les surprises sont moins faciles, et le malade est rendu à la liberté quand il se trouve réellement en état d'en jouir, sans en abuser.

Ce que nous avons dit du second groupe de malades affectés de délire alcoolique à convalescence lente et à rechute facile, suffit pour montrer la nécessité d'une prolongation de leur séjour à l'asile, afin d'assurer leur guérison quelque temps encore après la cessation du délire et des hallucinations. Nous savons en effet que ces malades marchent vers l'alcoolisme chronique, qu'avec de nouvelles rechutes, des désordres matériels irrémé-

(1) Motet, *Ann. médico-psych.*, juillet 1871, p. 108.

diables se produiront dans l'organisme, il faut donc, par une séquestration plus prolongée, les mettre dans les conditions les plus favorables au maintien de la santé et à la résistance aux incitations extérieures et intérieures qui les poussent à faire de nouveaux abus.

D'autre part, dans cette catégorie d'alcoolisés, se trouvent fréquemment des malades qui, par profession, sont portés à boire, tels sont les cuisiniers, les marchands de vins, certains négociants, des ouvriers ayant quitté leur pays pour augmenter leur salaire et qui dans les ateliers, entraînés par l'exemple, contractent des habitudes d'ivrognerie; pour ces malades le salut est dans la cessation des excès de boissons, et les exhortations les plus pressantes, les conseils les mieux autorisés ne peuvent rien changer à leur triste habitude ; il faut absolument les déplacer, les enlever au milieu qui les tente et les pousse. Nous sommes parvenu, quelquefois, à obtenir ce résultat; trois fois nous avons appris des malades, quelques mois après leur départ de Paris, que le moyen nous avait réussi; mais, le plus souvent, nous n'avons reçu aucune nouvelle, et probablement les excès ont recommencé; quelques-uns enfin, en rentrant à l'asile, nous ont prouvé combien fragile avait été leur résolution.

Quant au troisième groupe, comprenant les malades prédisposés, à rechutes fréquentes, et dont les accès de délire alcoolique sont suivis d'idées délirantes, longtemps persistantes, on ne peut que gagner à prolonger leur séquestration et à ne les laisser sortir qu'après la disparition complète de tout délire depuis au moins trois mois ou même davantage. Il suffit d'ailleurs de jeter les yeux sur les observations de ces malheureux alcoolisés, pour se

convaincre, chose triste à dire, que le séjour à l'asile est, pour eux, la période la moins pénible de leur existence. Mais, après la sortie de la maison de santé, pour éviter de nouvelles rechutes, et d'une manière plus générale encore, pour prévenir l'ivrognerie, il y a assurément à prendre des mesures prophylactiques qu'on ne peut plus négliger. En ce qui concerne nos trois groupes de malades atteints de délire alcoolique, il en est un, le premier, heureusement le plus nombreux, susceptible d'amélioration et de guérison, auquel il faut s'adresser et vers lequel il faut diriger tous les efforts. Car, arracher un alcoolique à sa funeste habitude, ce n'est pas seulement, on le sait, rendre la santé à un individu, mais c'est aussi le mettre en état de procréer autre chose que des imbéciles, des épileptiques, ou des fous. Le traitement prophylactique de l'alcoolisme a été l'objet constant des préoccupations des hygiénistes, et M. Jolly après avoir signalé les divers traitements pharmaceutiques ajoute : « Mais il faut bien reconnaître que, dans l'espèce, le traitement moral doit dominer tous les traitements pharmaceutiques et autres. Comme prophylaxie, il est inutile de dire que la sobriété les résume tous ; la sobriété qui n'est pas l'abstinence, mais la mesure sagement appliquée aux conditions d'âge, de sexe, de constitution, de climat, et qui, il faut bien le dire, se règle bien plus encore par l'exemple que par les conseils ; par conséquent l'exemple comme principe d'éducation physique et morale, l'exemple dans l'enfance, l'exemple dans la famille, l'exemple dans toutes les régions sociales ; voilà la vraie prophylaxie de l'alcoolisme ; et c'est là surtout que l'administration ou même la législation peuvent intervenir avec efficacité, au nom de l'hy-

giène et de la morale publique (1). » C'est en s'inspirant de ces mêmes pensées que l'Académie a pris une heureuse initiative dans la croisade contre l'ivrognerie, et l'*avis populaire* sur les dangers qu'entraîne l'abus des boissons alcooliques, émané de la plume si compétente de M. Bergeron, a été le point de départ des premiers efforts tentés dans cette direction (2). Deux sociétés de tempérance sont déjà fondées : l'une après avoir eu pour unique objet de combattre l'abus du tabac, a élargi son cadre et est devenue l'*Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques*, l'autre est l'*Association française contre l'abus des boissons alcooliques* (3). Qu'il me soit permis de reproduire quatre paragraphes des statuts de cette dernière société, où sont énumérées les principales mesures dont elle veut chercher la réalisation. Elle se propose :

c. De favoriser, particulièrement au moyen de sociétés coopératives de consommation, le remplacement des liqueurs alcooliques par des boissons salubres, telles que les vins naturels, le cidre, le café, le thé, la bière ;

d. De provoquer la fondation de cercles de travailleurs où les membres trouveraient d'honnêtes et utiles distractions, et d'où seraient exclues les boissons spiritueuses ;

f. De chercher à obtenir, tout en ménageant les intérêts du commerce et de l'industrie, l'augmentation de l'impôt sur les boissons alcooliques et, autant que possible, le dégrèvement des autres boissons ;

(1) P. Jolly, *Études hygiéniques et médicales sur l'alcool et ses composés. Bull. de l'Acad. de méd.*, 1865, 1866, t. XXXI, p. 490.

(2) Bergeron, *Avis sur les dangers qu'entraîne l'abus des boissons alcooliques.* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 25 juillet 1871, t. XXXI, p. 528.)

(3) A. Foville, *Moyens pratiques de combattre l'ivrognerie.* Paris, 1872.

g. De réclamer de nouvelles mesures préventives contre l'ivrognerie, notamment la diminution du nombre des cabarets et une réglementation sévère de tous les débits de boissons.

Mais, en outre de ces moyens qui s'adressent surtout au péril immédiat, il faut poursuivre l'œuvre de régénération et de moralisation, sans laquelle, tous les autres efforts donneraient des résultats insuffisants, et avec M. Chauffard nous dirons : « Ces générations, il faut les instruire et surtout les moraliser. Sachons-le bien, l'instruction seule demeurera impuissante. On aura beau apprendre à nos populations les funestes effets de l'alcoolisme, que, du reste, elles n'ignorent pas, elles ne se laisseront pas moins entraîner à la satisfaction de ces grossières jouissances. Jamais le sentiment de leur intérêt n'a retenu les masses humaines. Pour arrêter les hommes en face de leurs passions, il faut les pénétrer d'idées morales, d'idées de devoir et de dévouement, d'abnégation et de sacrifice (1). »

(1) Chauffard, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. XXXVI. Séance du 24 janvier 1870.

CHAPITRE III

DU DELIRIUM TREMENS FÉBRILE.

ARTICLE I

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU DELIRIUM TREMENS FÉBRILE.

L'étude que nous avons faite jusqu'ici des accidents aigus de l'alcoolisme nous a montré cette intoxication sous des aspects assez favorables au point de vue du pronostic de l'accès de délire alcoolique, et cependant la plupart des cas cités précédemment auraient pu être rangés dans le cadre, admis généralement sous le nom de *delirium tremens*. Nous allons voir qu'il y a toutefois, entre celui-ci et le délire alcoolique simple, des différences assez tranchées pour permettre une séparation bien nette. Dans les deux cas, nous trouvons le même délire toxique. Celui-ci peut bien, il est vrai, offrir dans le *delirium tremens* fébrile une activité et une acuité qu'on lui trouve rarement dans le délire alcoolique simple, mais souvent aussi, le *delirium tremens* fébrile s'accompagne d'un délire d'intensité moyenne; ainsi le malade L... Auguste (observ. XIV) nous a prêté une attention suffisamment soutenue pour permettre l'exploration de la sensibilité générale, des sens et de la sensibilité rétinienne; chez lui,

encore, nous avons obtenu à plusieurs reprises des réponses nettes, précises comme dans les cas de délire alcoolique simple. Le malade L... Jules (observ. XVII) n'a offert également qu'un délire d'intensité moyenne, malgré l'existence d'accidents graves dès le premier jour. Ce n'est donc point d'après l'intensité du délire que nous pourrons poser les bases d'un diagnostic différentiel. Il n'est pas inutile d'observer à ce sujet que l'activité du délire, l'excitation cérébrale dont s'accompagne l'alcoolisme, d'une façon générale, est loin de se trouver dans un rapport direct avec la dose de poison ; le coup, en toutes circonstances, est porté, mais l'instrument ne vibre pas toujours de la même manière. Le délire spécial ne fait jamais défaut, il se trouve, chez tous les alcoolisés, avec les hallucinations pénibles, mobiles, roulant sur les occupations journalières ou les préoccupations dominantes du moment, mais que de nuances dans le mode de réaction, dont le support est seul la cause !

Cette influence particulière du sujet acquiert, nous l'avons vu, ses plus grandes proportions chez les malades prédisposés; souvent dans cette catégorie d'alcoolisés, un délire violent succède aux excès de boissons, sans que l'intensité des phénomènes soit en rapport avec la quantité de boissons dont ils ont abusé, et après les accidents aigus, restent encore, on le sait, des idées délirantes diverses. Eh bien ! chose notable, ces individus à rechutes si fréquentes sont ramenés à l'asile par de bruyants accès de délire alcoolique, s'accompagnant de phénomènes intellectuels d'une acuité extrême qui assez souvent contrastent singulièrement avec la bénignité des symptômes physiques ; ils ont un tremblement modéré, une langue humide, une

peau moite, une physionomie qui n'inspire aucune crainte ; l'orage, en effet, le plus souvent s'efface sans accidents. Il faut avoir ces faits présents à l'esprit, dans l'étude du *delirium tremens* fébrile, pour ne pas acccorder aux troubles intellectuels une importance qu'ils ne sauraient avoir, et surtout pour ne pas conclure d'après leur bénignité à la bénignité même du pronostic.

Puisque le délire ne peut nous fournir que des renseignements insuffisants, ou même nous égarer selon les cas, recherchons parmi les signes physiques ceux qui peuvent servir de base au diagnostic et au pronostic. On a insisté sur l'injection des yeux, l'altération des traits de la face, les sueurs profuses, la fréquence et la force du pouls, comme caractères du *delirium tremens* grave, mais ces symptômes pouvant se rencontrer dans le délire alcoolique simple, ils ne sauraient suffire au diagnostic. Les signes vraiment caractéristiques sont les suivants : le premier et le plus important, celui qui poussera le vrai cri d'alarme c'est le signe tiré de l'élément *fièvre*, que nous pouvons aujourd'hui apprécier d'une façon exacte, que nous pouvons doser en quelque sorte, le thermomètre à la main. Toutes les fois que chez un malade atteint d'alcoolisme aigu, sans complication pectorale, abdominale, sans affection intercurrente, en un mot, capable par elle-même de provoquer et d'entretenir la fièvre, toutes les fois, disons-nous, que la température prise au rectum, après avoir oscillé pendant deux ou trois jours autour de 39 degrés, s'élèvera à 40 degrés, à 41 degrés, le pronostic sera grave (observations XIV, XV, XVI), et la gravité augmentera avec l'accroissement ou la persistance même de cette élévation de température. Lorsqu'au contraire,

après une élévation assez rapide à 39° ou même à 40°, comme chez les malades A.. et C.. (Observations XIX et XX), on voit, au bout de 24 heures ou de 48 heures, le thermomètre baisser, le pronostic cesse d'être fâcheux et bientôt l'ensemble même des symptômes fait prévoir une solution favorable. Dans les cas d'alcoolisme aigu à forme bénigne, la colonne peut s'élever jusqu'à 38 degrés 2 ou 3 cinquièmes, par suite de l'agitation quelquefois extrême de l'alcoolique, mais cette limite est rarement dépassée, et, dans tous les cas, aussitôt que le malade a un moment de répit, la colonne thermométrique descend rapidement et oscille autour de 38 degrés.

Le pouls, on le voit d'après les tracés, ne suit pas d'une façon régulière la marche de la température et ne peut fournir de renseignement précis. Le signe tiré de la fièvre n'est pas le seul qui nous serve de guide, nous pouvons en puiser un second d'une grande valeur aussi, dans les désordres du mouvement, et ici encore il faut distinguer l'intensité même, l'activité de ces troubles moteurs avec leur durée, leur persistance et leur degré de généralisation. Un alcoolique, par exemple, présente un tremblement énorme des bras, des jambes, de la face, si ce tremblement ne persiste pas, s'il n'occupe pas tous les muscles du corps, on peut se rassurer, c'est un coup de fouet, un accident passager qui s'apaisera souvent, sans laisser de traces fâcheuses de son passage ; mais si le tremblement d'une intensité d'ailleurs moyenne s'est emparé de tous les muscles du corps, s'il s'accompagne de secousses et surtout de frémissements et d'ondulations musculaires, si tous ces phénomènes persistent, sans disparaître pendant le sommeil, non-seulement, on arrive dès le se-

cond ou le troisième jour à l'épuisement nerveux, à un abattement complet des forces, mais encore la persistance de tous ces symptômes est l'indice d'un travail irritatif intense occupant les centres nerveux et plus particulièrement l'axe rachidien, irritation dont l'autopsie donne malheureusement la preuve trop fréquente : ces deux signes d'une importance réelle, faciles à reconnaître, pouront néanmoins, si l'on n'y prend garde, passer inaperçus.

La peau, en effet, souvent sudorale, ne permet au toucher qu'une appréciation incomplète de la température, il faut absolument recourir au thermomètre. D'autre part, si le frémissement musculaire, les ondulations, les petites secousses, sont peu accusés au visage, on ne songe pas à appliquer la main sur le corps et à sentir ainsi sous le doigt les cris de souffrances de la moelle, dont les forces excito-motrices s'épuisent vainement dans cette activité stérile, tumultueuse, désordonnée. Le malade L. Auguste, au moment même où il répondait à nos questions, vibrait ainsi des pieds à la tête ; la main apposée sur les cuisses, sur les muscles du dos, sentait, en pressant un peu, les ondulations et les frémissements avec des secousses jusque dans les parties profondes. Si l'on s'en tient à la simple contemplation de la surface de la peau, on aperçoit, sans doute, les petites saillies et les dépressions, les petites ondes que produisent les contractions inégales et irrégulières des faisceaux musculaires, mais, en réalité, on ne se rend pas compte de l'intensité d'un travail aussi continu et aussi généralisé.

On voit, enfin, survenir souvent de la faiblesse musculaire. Les malades qui les deux ou trois premiers jours

peuvent se tenir debout, marcher malgré la trémulation générale, chancellent ensuite, serrent plus faiblement, quoique le tremblement n'ait pas augmenté. Cette paralysie incomplète, plus marquée ordinairement dans les membres inférieurs, trouve fréquemment une explication suffisante dans les hypérémies parfois si considérables et les hémorrhagies plus ou moins étendues que révèle l'autopsie, sans compter l'action spéciale du poison qui déjà s'est exercée plus particulièrement sur la moelle, et a rendu plus active l'influence des autres causes. Ce troisième signe basé sur l'état des forces musculaires a moins d'importance que les deux précédents tirés de la température et du frémissement avec secousses musculaires, parce qu'il n'est pas constant et à cause surtout de son apparition plus tardive.

Nous ne reviendrons pas sur le rôle que les hémorrhagies méningées (Observations XVI, XVII, XVIII) peuvent jouer dans la production de la pachyméningite, nous avons vu qu'à elles seules, elles suffisent, parfois, au développement des néo-membranes. Nous n'avons pas, non plus, à insister sur les lésions trouvées dans la plupart des organes, elles se rattachent à la stéatose, à l'exception cependant de la lésion du foie chez le malade de l'Observation XVIII dans laquelle, d'après la description donnée par M. Calmeil, on reconnaît une cirrhose. Cet auteur dit, en effet, que le parenchyme du foie est comme grenu et d'un aspect jaunâtre. Lorsqu'on l'incise, avec le bistouri, il offre de la résistance et produit l'effet d'un tissu fibreux et condensé.

Il nous reste à parler de la présence de l'alcool au sein des tissus, que nous avons eu déjà l'occasion de signaler dans la partie physiologique de ce travail à la page 12.

Dans l'Observation XIV l'analyse des organes, faite avec soin, a donné un résultat négatif. L. Auguste avait cessé de boire depuis 7 jours lorsqu'il a succombé. Dans l'Observation XVII le foie et le cerveau renfermaient de l'alcool, on n'en a pas trouvé dans le sang ni dans les autres organes. Le malade L. Jules, au moment où il est mort, était éloigné de 3 jours et 6 heures de son dernier excès de boissons. Chez un autre malade mort 50 heures après les dernières libations, l'alcool se trouvait dans le foie, le cerveau, le sang, en quantité très-appréciable ; les poumons et les reins en renfermaient des traces. Enfin dans une autre autopsie, où l'analyse chimique n'a pas pu être faite, le foie répandait une odeur manifeste d'alcool, l'individu était mort 40 heures après son dernier excès.

On sait que MM. Lallemand Perrin et Duroy en ont trouvé dans les organes d'un homme qui avait succombé aux complications habituelles de l'ivresse, 32 heures après avoir bu une grande quantité d'eau-de-vie, et alors que les effets directs de l'intoxication avaient disparu. Plusieurs observateurs, aujourd'hui, après MM. Lallemand, Perrin et Duroy, ont constaté la présence de l'alcool dans les organes chez des animaux sacrifiés pendant l'ivresse.

D'après ces différents résultats, la présence de l'alcool, en nature, dans l'économie, est incontestable, les premiers jours qui suivent les derniers excès. Dans un cas, nous l'avons vu, il y avait encore de l'alcool dans le foie et le cerveau, au bout de 3 jours et 6 heures ; dans un autre cas, au bout de 7 jours, il n'y en avait plus de traces. Il serait nécessaire, par l'expérimentation physiologique, de fixer la limite entre ces deux termes. Quoi

qu'il en soit, nous savons que le poison séjourne dans les tissus, dans les organes au moment le plus aigu de l'empoisonnement ; de là une indication majeure à remplir et que l'on ne doit pas oublier, surtout pour les malades affectés de *delirium tremens* fébrile qui entrent dans les asiles et qui, le plus souvent, arrivent après des excès nombreux et récents.

Nous avons indiqué à la fin de chacune de nos observations les points particuliers qui nous semblaient devoir attirer l'attention, nous n'y reviendrons pas ici ; toutefois, nous devons signaler l'existence chez le malade C..., de l'Observation XIX, d'une paralysie du mouvement et du sentiment, incomplète et généralisée, mais plus accusée dans tout le côté droit. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce fait intéressant dans l'article sur l'alcoolisme chronique où nous trouverons d'autres cas d'hémiplégie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens.

Observation XIV. — *Père ivrogne. Excès de vin, d'eau-de-vie et d'absinthe. Deux attaques épileptiques. Delirium tremens fébrile.* T.R. 38°,8 *à l'entrée, élevée à* 43° *pendant l'agonie. — Autopsie : Dégénérescence graisseuse de tous les organes, plus particulièrement du système musculaire. — L'analyse chimique ne révèle pas d'alcool dans les organes* (*cessation des excès* 7 *jours avant la mort*).

L... Auguste, 36 ans, charcutier, dont le père était ivrogne, a joui d'une bonne santé pendant son enfance ; à 18 ans, il commence à boire et il arrive rapidement à prendre du vin, de l'eau-de-vie et des liqueurs de toute sorte. Il perd l'appétit et le sommeil, et se voit obligé à plusieurs reprises de s'aliter quelques jours. Depuis quatre ou cinq ans, il a chaque matin des vomituritions pituiteuses, et fréquemment des douleurs et des pincements à l'estomac ; pour guérir, il augmente

la dose de vin blanc et d'absinthe. Depuis trois ans, il éprouve des maux de tête, des étourdissements, des douleurs dans les bras et les jambes avec une faiblesse des membres inférieurs qui le force plusieurs fois à s'asseoir. Depuis un an, il tremble, il fait moins bien son travail; il est sombre, préoccupé, se plaint d'être agité la nuit et de ne pas dormir; dans la conversation, il paraît par moments distrait, *comme s'il songeait à autre chose*, et il a l'air parfois de chercher quelqu'un.

Depuis quelques mois, il était irritable, se mettait fréquemment en colère, et buvait avec fureur. Dans les derniers temps, il ne mangeait presque plus, recherchant des aliments vinaigrés et fortement épicés. Il paraît avoir été frappé, en 1870, d'une attaque convulsive pendant qu'il était de garde aux remparts ; à cette époque, il avait parfois des secousses brusques dans les bras et dans les jambes. Le 29 juin, il se montre inquiet, préoccupé, prétend qu'on lui en veut, que des voleurs cherchent à le dévaliser; et, dans la journée, on l'a vu descendant sa malle et divers objets à la cave pour les mettre en sûreté. Le 30, il perd subitement connaissance dans la boutique, tombe à terre, se débat, se mord la langue, écume, urine dans le pantalon. Le soir, les frayeurs sont incessantes, il voit du monde sur les toits, aperçoit des fusils braqués sur lui, il se voit entouré d'un essaim de mouches qui bourdonnent autour de sa tête, pénètrent dans les yeux, les oreilles, le nez et la bouche; ses crachats sont remplis de pelotons d'insectes. La nuit est mauvaise, le lendemain, l'agitation continue et le malade arrive à l'Asile le 3 juillet. A son entrée les hallucinations sont incessantes, il parle, crie, est sans cesse en mouvement. La nuit se passe sans sommeil.

Le 4, à la visite, les hallucinations persistent avec la même intensité; L... ramasse des objets sur ses vêtements, marche avec précaution pour ne pas renverser des vases qu'il voit à terre, secoue des torchons qui sont couverts d'ordures; répond aux clients, parle à son patron, se cache et veut fuir pour éviter les balles. Tremblement de tout le corps, frémissements des muscles de la face ; yeux injectés.

Peau chaude, langue saburrale, profondément mordue au côté droit, pouls vif, dépressible 76. T.R. 38°,8.

Traitement : 2 verres d'eau de Sedlitz ; 2 pots de limonade citrique ; un litre de bouillon ; 2 potages. Dans la journée, L... est plus calme, et l'on peut facilement fixer son attention.

La sensibilité générale n'est pas altérée, le goût paraît obtus, toutefois le sucre et le sel sont reconnus ; l'odorat paraît normal. La sensibilité rétinienne est altérée ; il y a de la dyschromatopsie. La couleur rouge est désignée sous le nom de chocolat ; le jaune sous le nom de rouge, de carmin ; le vert est rouge ; le bleu est blanc.

Dès que l'on cesse l'interrogatoire, les hallucinations reparaissent ; il étire des fils entre les doigts, arrache des épingles dont il voit sa peau hérissée ; se croit dans sa boutique, il aperçoit une tête de porc, il faut la saler, dit-il, elle va se gâter ; il voit défiler sur le mur des artilleurs, des chasseurs de Vincennes, toute une armée.

Le tremblement persiste aux bras et aux jambes, avec des frémissements et des secousses musculaires.

Le 5 juillet : insomnie et agitation toute la nuit. Le matin, les hallucinations présentent la même intensité et provoquent de la loquacité, des cris, de la frayeur. Frémissements musculaires de tout le corps ; sueurs profuses ; pouls 80, petit, difficile à compter à cause des soubresauts des tendons. T.R. 40°,6.

Traitement : Eau vineuse sucrée ; lait ; bouillon ; trois potages.

Julep gommeux, 100 gram. ; extrait mou de quinquina, 3 gram. ; sirop d'écorces d'oranges, 30 gram.

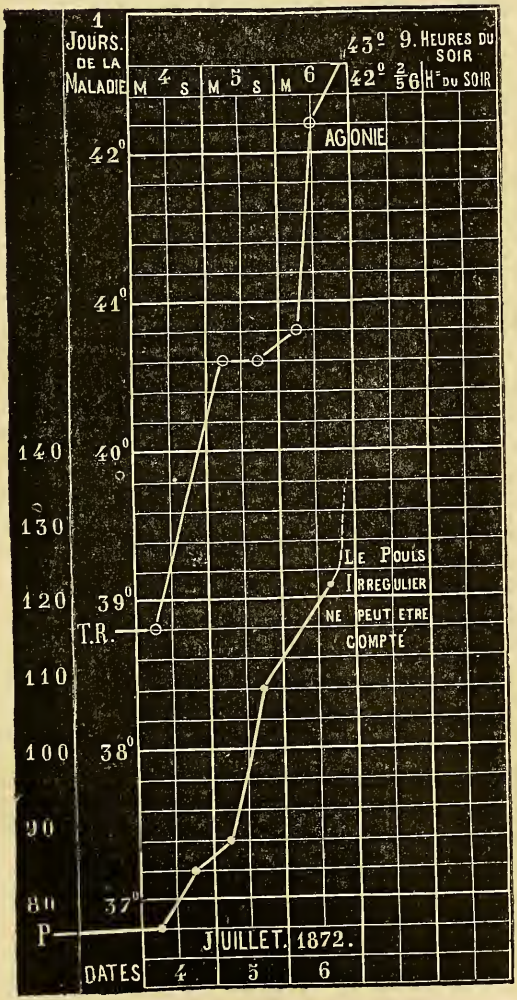
Bain.

L'après-midi à cinq heures, loquacité incessante ; phrases entrecoupées, ayant pour objet les choses propres au métier. L... parle de jambons, de saucisses, puis il veut boire : « Je te paye une chopine, » veut prendre son fusil pour faire l'exercice, il doit rejoindre le bataillon. « Attends, attends ; » parole brève, saccadée.

L... devient chancelant, ne peut se tenir debout ; jusque-là, il était resté levé et marchait assez facilement ; assis sur le lit, le tronc tremble et ne peut rester un instant en repos ; tous les muscles du corps en dehors du tremblement et des

Fig. 1.— L. AUGUSTE, 36 ANS, CHARCUTIER, ENTRÉ A SAINTE-ANNE LE 3 JUILLET 1872.

Delirium tremens fébrile.



secousses passagères, sont pris de frémissements et d'ondulations bien appréciables par l'application de la main.

Langue humide, lèvres desséchées, narines pulvérulentes, yeux chassieux et injectés ; sueurs profuses. Le pouls, difficile à compter à la radiale, donne à la fémorale 108 pulsations, il est vif, dépressible, irrégulier par moments ; les battements du cœur sont un peu sourds ; murmure vésiculaire des deux côtés de la poitrine avec quelques râles disséminés; résonnance normale.

T.R. 40°,6 (même température que le matin à 10 heures).

Minuit : nous trouvons le malade recouvert de son maillot, étendu sur un matelas, et dormant d'un profond sommeil ; sa respiration est facile et régulière; le visage est baigné de sueur; il est coloré, mais sans cyanose; le tremblement continue aux bras et aux jambes, les pieds, qui dépassent légèrement le matelas, offrent un tremblement rhythmique assez régulier. Le sommeil ne s'interrompt pas pendant notre visite.

6 juillet. Hallucinations moins fréquentes rappelant plus particulièrement les occupations journalières. Le malade répond à quelques questions, il comprend qu'il est à l'hôpital, mais conserve un souvenir confus de ce qui s'est passé ; il paraît accablé.

Les frémissements et les tremblements musculaires ne cessent pas, ils sont moins intenses, mais toujours généralisés.

Pouls 89. T.R. 40°,8.

Traitement : Lait ; bouillon ; eau vineuse sucrée, julep gommeux, 100 gram. ; extrait mou de quinquina, 4 gram. ; sirop d'écorces d'oranges, 30 gram.; 3 potages.

Le malade un peu plus calme depuis le matin, répondant assez bien à quelques questions et offrant moins de tremblement, est pris, à trois heures, de petites secousses convulsives dans les bras et dans les jambes, de roideur du cou avec grimaces de la face; déviation conjuguée des yeux à droite, et un peu d'écume aux lèvres. Cette attaque convulsive dure à peine une minute et se renouvelle une demi-heure après. État demi-comateux, consécutif à la seconde attaque.

A six heures, la respiration est gênée, abdominale; la face, les lèvres bleuissent, les yeux se troublent; le pouls petit, misérable, donne 120 à la fémorale ; les mains et

les pieds se cyanosent et se refroidissent, a T.R. s'élève à 42°,4.

Le tremblement continue, mais il s'affaiblit; en grattant la plante des pieds, on obtient quelques mouvements réflexes.

8 heures 1/2. — Coma, résolution de tout le corps; cessation du tremblement, respiration suspirieuse suivie à l'expiration d'un bruit laryngé assez fort: cyanose et refroidissement des extrémités, du nez, des oreilles, des mains et des pieds; cornées vitreuses. Pouls filiforme. T.R. 43°.

Mort à 10 heures du soir.

Autopsie, le 8, *à* 6 *heures du matin.* — Les urines n'ayant pas pu être examinées pendant la vie, le malade ayant uriné plusieurs fois sous lui, on retire de la vessie 60 grammes environ d'urine trouble, jaunâtre, qui, chauffée, devient lactescente; et, traitée par l'acide azotique, laisse un dépôt d'albumine du cinquième environ du tube. La liqueur de Bareswill n'amène aucun changement.

Cerveau. — La dure-mère cérébrale est faiblement injectée, l'arachnoïde et la pie-mère sont œdémateuses, surtout vers le sommet des hémisphères et adhèrent en plusieurs points à la dure-mère, au niveau des corpuscules de Pacchioni. Sur la partie moyenne des hémisphères de chaque côté, l'infiltration est légèrement colorée en rose; en quelques points, on voit de petites taches ecchymotiques ne dépassant pas le volume d'une lentille. Ces membranes s'enlèvent assez facilement.

La couche corticale, légèrement rosée dans toute son étendue, offre un pointillé rouge, à la convexité des hémisphères, dans les parties correspondantes à l'infiltration sanguine de la pie-mère. Les portions grises de la couche optique et des corps striés sont également rosées. Les vaisseaux de la base du cerveau ne sont pas athéromateux. Le 4e ventricule et les ventricules latéraux sont lisses, sans granulations. Les coupes faites dans toutes les directions ne font découvrir, en dehors de l'injection de la substance grise, de lésion spéciale en aucun point.

Moelle. — La dure-mère rachidienne présente une teinte rosée, très-remarquable dans sa portion supérieure à partir de la gouttière basilaire et du pourtour du trou occipital;

cette teinte rosée étendue à toute la surface, qui ne disparaît pas au lavage, tranche sur la coloration plus pâle de la dure-mère cérébrale. Dans toute l'étendue du canal rachidien, après l'ablation de la moelle et de ses enveloppes, nous trouvons une teinte d'un rouge foncé à toute la surface interne; les sinus sont gorgés d'un sang très-noir.

Après l'incision de la dure-mère, nous voyons, au-dessous de l'arachnoïde, ramper à la surface de la pie-mère de petites veinules, tortueuses, injectées, prêtes à se rompre. Les coupes de la moelle, pratiquées aux différentes régions, montrent partout une injection très-accusée mais uniforme de la substance grise; en aucun point, on ne remarque de foyer ni de prédominance du pointillé.

Foie. — Cet organe est d'un volume normal, sa face inférieure est fortement colorée en vert. Après l'ablation de la capsule de Glisson, on voit une surface lisse, unie, jaunâtre par places, principalement dans sa moitié gauche où la teinte, ainsi que le montrent les coupes, pénètre plus profondément. La vésicule biliaire, modérément pleine, renferme une bile d'un brun jaunâtre.

La *rate*, d'un volume moyen, paraît normale.

Le *rein droit* offre superficiellement une teinte verdâtre; la surface des deux reins est lisse et unie; à la coupe, la couche corticale est jaunâtre, ainsi que ses prolongements, entre les pyramides.

Le *péricarde* est adhérent au cœur, en le décollant, on rompt de petits tractus fibreux très-lâches.

Le *cœur* est mou, flasque; la paroi ventriculaire droite est recouverte en avant d'une faible couche de graisse jaunâtre; le tissu lui-même offre une teinte d'un brun jaunâtre plus accusée en quelques points; les parois du ventricule gauche présentent aussi une teinte jaunâtre, mais moins accusée qu'à droite.

La surface interne de l'aorte est tachetée en quelques points de petites plaques irrégulières d'un blanc-jaunâtre, occupant la couche superficielle de cette tunique, ainsi qu'on s'en assure par les coupes perpendiculaires à la paroi.

Les poumons, d'un rouge foncé plus marqué vers la base, crépitent et les portions jetées sur l'eau surnagent.

La muqueuse stomacale offre une faible injection ; les intestins ne présentent ni arborisations ni injections.

La muqueuse vésicale est normale.

Le sang des veines caves, supérieure et inférieure, recueilli dans un vase, laisse surnager de petites gouttelettes jaunâtres, brillantes, analogues à des gouttes huileuses.

Les muscles ont, sur toutes les parties du corps, une teinte jaunâtre : mais cette coloration atteint un degré considérable sur les muscles des gouttières ; toute la masse sacro-lombaire est d'un jaune pâle très-accusé. Les muscles des cuisses, des mollets, des bras (deltoïde et biceps), sont un peu plus rouges que les autres muscles du corps.

Examen microscopique. — Les coupes fines et les préparations par dilacération de la couche corticale du cerveau font voir par places sur la paroi des capillaires, des granulations fines brillantes, quelques-unes isolées, d'autres agglomérées en petits amas allongés. En quelques points, se trouvent des cristaux d'hématoïdine. Les cellules nerveuses sont infiltrées et quelques-unes distendues par des granulations pigmentaires jaunâtres, mais sur toutes on distingue assez bien le noyau. Les préparations de la moelle montrent les mêmes lésions ; toutefois sur la paroi des capillaires de la substance grise on aperçoit un plus grand nombre de cristaux hématiques.

Les préparations du foie provenant des portions les plus jaunâtres offrent un degré assez avancé de dégénérescence graisseuse, les cellules sont infiltrées et distendues par des granulations graisseuses et des gouttelettes huileuses ; on aperçoit également isolées, dans la préparation, des gouttelettes et des granulations graisseuses.

Sur les coupes fines provenant des couches corticales des reins, les tubes se montrent opaques, ils renferment des cellules épithéliales infiltrées de granulations graisseuses, et des granulations libres en dehors des cellules. Les muscles sont le siége d'une dégénérescence graisseuse très-marquée, mais toutes les fibres ne sont pas atteintes au même degré. Sur plusieurs préparations, et nous avons, à ce point de vue, répété à diverses reprises l'examen, à côté d'une fibre saine munie de striations très-nettes, sans granulations ni sur le sarcolemme ni dans leur intérieur, on voit une fibre, dont les

striations ne sont plus apparentes, remplie de granulations fines, et par places de granulations plus volumineuses; en quelques points, des gouttelettes graisseuses plus grosses se montrent entre les fibres. Traitées par l'éther, les granulations fines pâlissent, disparaissent en partie et l'on voit apparaître des granulations un peu plus grosses.

Les fibres musculaires du cœur présentent des granulations pigmentaires jaunâtres sur le sarcolemme, les unes interposées entre les fibrilles, et ayant une disposition linéaire, d'autres infiltrant les noyaux et groupées en petits amas; le contenu du faisceau primitif, l'élément sarceux lui-même, est moins granuleux que dans les muscles du tronc et des membres. Cette dégénérescence graisseuse du cœur nous paraît se rapprocher beaucoup de la dégénérescence graisseuse propre à la démence sénile.

Analyse chimique des organes, ayant pour objet la recherche de l'alcool. (Cette analyse a été faite dans le laboratoire de M. Paty, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne, par M. Beufvre, interne distingué de l'asile.)

Les viscères découpés séparément sont additionnés de 1/5 environ de leur poids d'eau et pistés dans un mortier de manière à former une bouillie claire. Chacun d'eux et le sang sont placés dans une cornue tubulée communiquant par l'intermédiaire d'une allonge avec un récipient plongeant dans de l'eau froide. Les cornues sont chauffées au bain de sable, de manière à déterminer une distillation lente. L'opération est arrêtée quand on a recueilli une quantité de liquide égale à environ le $\frac{1}{8}$ du poids de matières employées dans chacune des distillations.

Cette première partie de l'opération terminée, on a recours au chlorure benzoïque signalé récemment par M. Berthelot comme un réactif propre à déceler la présence de l'alcool dans des liquides en contenant de minimes quantités. On opère d'abord sur la liqueur provenant de la distillation du foie, on prend environ 30 cent. c. du liquide dans un tube à essai auquel on ajoute quelques gouttes de chlorure benzoïque; on agite en chauffant légèrement le tube. Dans ces conditions, le chlorure benzoïque s'empare des moindres traces d'alcool et forme de l'éther benzoïque qui

se dissout dans l'excès de chlorure benzoïque et se rassemble au fond du tube. On décante le liquide surnageant en versant sur le chlorure restant de la potasse en solution, et on chauffe le tube. La potasse attaque immédiatement le chlorure benzoïque dont l'odeur disparaît; mais s'il y a de l'éther benzoïque formé, il se manifeste, même en petite quantité, par une odeur vive et tenace, rappelant l'essence d'amandes amères. Dans le liquide soumis à l'expérience, toute odeur éthérée avait disparu, après l'addition de la potasse, ce qui prouve l'absence de l'éther benzoïque et par suite l'absence de l'alcool. Les autres liquides provenant de la distillation du cerveau, du sang, des poumons, et des reins ont donné des résultats également négatifs. Au contraire, un essai comparatif fait sur de l'eau ordinaire contenant quelques gouttes d'alcool donne une odeur d'éther benzoïque très-sensible. Pour contrôler ces résultats par une autre épreuve, on essaie l'action de ces divers liquides sur l'acide chromique, on fait usage du mélange de bichromate de potasse et d'acide sulfurique dans la proportion de 1 gr. pour 30 gram.

En versant dans chacun des liquides quelques gouttes de cette solution, en agitant et en chauffant, on ne peut obtenir la teinte verte que l'on obtient facilement avec de l'eau très-légèrement alcoolisée. On peut donc conclure à l'absence de l'alcool dans les organes soumis à l'expérience.

Comme plusieurs de nos malades, L... a fait des excès d'eau-de-vie, d'absinthe, et il a présenté du délire alcoolique avec tremblement et des attaques d'épilepsie ; nous avons noté de plus, chez lui, des secousses brusques, passagères, qui existaient un an déjà avant l'accès de *delirium tremens* et à l'époque où s'est produite la première attaque épileptique. Les hallucinations et le délire de L... sont des mieux caractérisés et roulent sur les occupations journalières ; à plusieurs reprises, il se croit dans sa boutique, il aperçoit des jambons, une tête de porc, etc., il

veut prendre son fusil, faire l'exercice, réminiscence de son service de garde national. Ce délire, quoique assez actif, n'a cependant rien présenté d'excessif puisqu'au deuxième jour de l'entrée du malade, il nous a été possible de tenir son attention assez en éveil pour explorer l'état de la sensibilité générale, des sens, de la sensibilité rétinienne, et constater ainsi chez lui de la dyschromatopsie. Si le délire n'offrait rien de spécial, on remarquait du côté du système musculaire une trémulation sinon très-intense, du moins étendue à tout le corps et surtout d'une persistance telle que ni le jour ni la nuit, ni pendant l'état de calme ni pendant le sommeil, nous ne l'avons vue s'arrêter un seul instant. Dans les derniers moments de l'agonie seulement, la résolution complète a remplacé le tremblement. Mais le symptôme important et qui dès le second jour, malgré l'amélioration apparente, inspirait de vives craintes, c'est l'élévation progressive de la température qui de 38°,8 a été portée à 40,6 le lendemain à 40,8 et enfin à un degré excessif, au moment où la respiration s'est embarrassée, à l'agonie qui a suivi de près les deux faibles attaques épileptiformes.

Nous n'avons à l'autopsie rien trouvé dans le cerveau, en rapport avec la déviation conjuguée des yeux à droite, déviation qui s'est montrée au moment des attaques épileptiformes et qui a persisté pendant le demi-coma. La dégénérescence graisseuse des muscles avait atteint un degré considérable en désaccord avec le degré de stéatose des autres organes. L'analyse chimique, enfin, nous a donné un résultat négatif, qui est d'autant plus important qu'il indique une des limites (sept jours), où

l'alcool cesse de séjourner dans les organes de l'homme.

Dans l'observation qui va suivre, l'analyse chimique montrera la présence bien manifeste de l'alcool dans plusieurs organes d'un malade succombant trois jours après la cessation de tout excès de boissons.

Observation XV. — *Delirium tremens fébrile. —Hémorrhagie accidentelle; aggravation des symptômes. — Diminution du tremblement des bras et des jambes ; persistance et accroissement du frémissement musculaire et des secousses. — T. R.* 39° *à l'entrée, s'élevant à* 41°,2 *à l'agonie. Autopsie : injection considérable de la moelle; dégénérescence graisseuse des organes.*

C... Léopold, 53 ans, garçon marchand de vins, entre à l'asile le 15 mars 1873, au troisième jour d'un accès de delirium tremens.

16. Légère excitation, hallucinations : il entend ses parents, il voit des animaux autour de lui, des individus qui le menacent. Il faut l'interpeller vivement pour obtenir une réponse. Tremblement de tout le corps ; quelques secousses dans les membres. Au milieu de la nuit, cris, frayeurs; il brise les carreaux d'une fenêtre voulant se défendre contre des ennemis imaginaires et se fait aux bras et aux jambe plusieurs plaies qui saignent abondamment.

17. Agitation violente, loquacité; hallucinations pénibles incessantes ; l'attention ne peut être fixée sur aucun point. Tremblement des bras et des jambes, secousses et frémissements dans tous les membres ; soif ardente, langue blanche.

Pouls 90. T. R. 39°.

Traitement : Deux verres d'eau de Sedlitz; limonade vineuse; bouillon ; lait; deux potages.

Le soir, même délire.

Pouls 94. T. R. 39°,6.

Le 18. Agitation persistante; hallucinations; il s'entretient avec des clients, sa patronne, des camarades, il écarte des animaux, surtout des insectes.

Tremblement des bras et des jambes; par moments, secousses plus fortes, selles diarrhéiques, soif moins vive.

Pouls 116. T. R. 39°,8.

Traitement : Limonade vineuse, bouillon, lait, chocolat. Julep avec 4 gram. d'extrait mou de quinquina.

Soir. Tremblement des membres, frémissements dans les muscles du tronc et des cuisses ; pouls petit, tremblotant, 120. T. R. 48°,4.

Rien de particulier à l'auscultation.

Le 19. Moins d'agitation,il répond assez facilement aux questions, s'interrompt pour s'adresser à des êtres imaginaires.

Le tremblement est moindre, mais le frémissement musculaire persiste.

Pouls 120. T. R. 40°,4.

Même traitement.

Soir. Pouls 130. T. R. 40°,6.

Le 20. Le malade est calme, ne cherche plus à sortir du lit. Il parle à ses amis, à ses parents, il voit des animaux. On parvient à fixer son attention et à obtenir quelques réponses sensées.

Le tremblement en masses des bras et des jambes est peu marqué, mais les frémissements continuent.

Pouls 112. T. R. 39°,6.

Même traitement.

Soir. Le malade est affaissé, conserve quelques hallucinations et marmotte des paroles incohérentes.

Le tremblement a presque entièrement disparu, mais on remarque des soubresauts des tendons, des frémissements convulsifs dans la face, des mouvements fibrillaires et des petites secousses dans les muscles du tronc, des fesses et des cuisses.

Érythème et eschare commençante aux deux fesses. Pouls petit, fréquent, misérable, impossible à compter. La température prise au rectum donne 41°,2.

La mort survient dans la nuit.

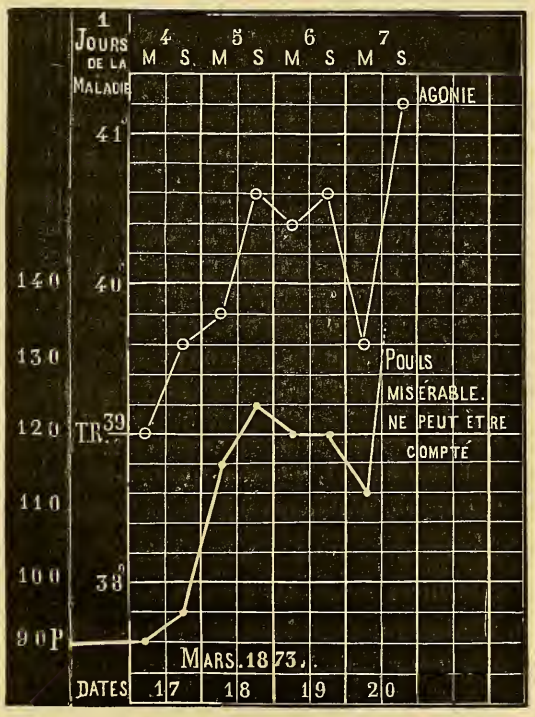
Autopsie. Les méninges cérébrales, infiltrées de sérosité, se laissent enlever facilement dans toute l'étendue du cerveau. La couche corticale est pâle ou légèrement jaunâtre. Les coupes successives pratiquées de la périphérie au centre des hémisphères ne montrent de lésions en foyer dans aucun

point. Les ventricules latéraux laissent échapper un peu de sérosité, mais l'épendyme est normal; le quatrième ventricule ne présente non plus rien de particulier.

Les méninges rachidiennes sont injectées, surtout vers la fin de la région dorsale ; les coupes aux diverses hauteurs de la moelle font découvrir une injection considérable de la substance grise, et qui est d'autant plus accusée que l'on se rapproche davantage de l'extrémité inférieure.

Fig. 2. — C. LÉOPOLD, 53 ANS, GARÇON MARCHAND DE VINS, ENTRÉ A SAINTE-ANNE LE 15 MARS 1873.

Delirium tremens fébrile.



Cœur mou, surchargé de graisse à la surface, dans les

portions droites ; péricarde laiteux par places ; parois jaunâtres à droite, d'un jaune brunâtre à gauche.

Poumons normaux, sauf une faible injection à la base des deux côtés, mais pas d'hémorrhagies ; les portions injectées crépitent et surnagent.

Reins jaunâtres dans toute la couche corticale.

Foie uniformément jaunâtre dans toute son étendue.

Parois de l'estomac épaissies ; muqueuse violacée, boursouflée, ulcérée au niveau de la grande courbure dans une étendue de 10 centimètres environ ; au pourtour de l'ulcération, infiltrations sanguines et légères ecchymoses.

Le cœur, le foie, les reins, examinés au microscope, accusent un degré déjà avancé de dégénérescence graisseuse.

Il faut noter ici l'aggravation des symptômes physiques et intellectuels après l'émission sanguine accidentelle qui s'est produite au second jour ; et, sans accorder une trop grande importance à ce fait, il fournit néanmoins un certain enseignement, au point de vue de l'emploi des saignées dans le *delirium tremens*, médication, du reste, presque abandonnée de nos jours.

Il est utile de remarquer encore l'indépendance assez tranchée qui s'est manifestée entre le tremblement des bras et des jambes que l'on retrouve chez les alcoolisés ordinaires, et les frémissements musculaires avec secousses et soubresauts tendineux, satellites habituels des cas graves ; le tremblement, en effet, chez notre malade, avait presque entièrement disparu vers le troisième jour, tandis que le frémissement musculaire a persisté en s'exagérant jusqu'aux derniers moments de la vie.

Enfin, l'injection considérable de la moelle contrastait si bien avec l'état presque normal du cerveau, qu'on ne peut s'empêcher de rappeler la prédominance des troubles moteurs sur les troubles intellectuels.

Observation XVI. — T... Pierre, 40 ans, marchand de charbon, ayant depuis longtemps des habitudes alcooliques et dont les facultés s'affaiblissaient déjà, est pris le 26 février d'un accès de *delirium tremens*. Porté à l'Hôtel-Dieu, il est transféré à Sainte-Anne le 28 février 1873.

Mars. Agitation violente, hallucinations : il aperçoit des hommes, des femmes, des soldats qui veulent le fusiller; il voit des sabres, des armes de toute sorte ; on le menace, on veut l'empoisonner, l'assassiner. Tremblement des membres.

Pouls 56. T. R. 39°,2 ; soir, même état.

Pouls 56. T. R. 38°,8.

2 mars. Agitation, loquacité, hallucinations.

Pouls 60. T. R. 39°,2 soir ; pouls 56. T. R. 39°,2.

3 mars. Hallucinations, loquacité, reste levé, marche dans tous les sens.

Pouls 52. T. R. 38°,6.

4 mars. Hallucinations, cris, idées d'empoisonnement, idées hypochondriaques, léger tremblement; secousses dans les membres.

Pouls 56. T. R. 40°.

Soir. On ne peut compter le pouls à cause des mouvements du malade. T. R. 37°,8.

Le 5 mars. Excitation, loquacité, tremblement moindre, mais secousses et frémissements musculaires.

Pouls 80. T. R. 40°,1.

Soir. Pouls 84. T. R. 40°,4.

Le 6 mars. Affaissement, refroidissement des extrémités, cyanose commençante; hallucinations, propos incohérents. Mouvements fibrillaires ; frémissements dans les muscles.

Pouls 76. T. R. 40°.

4 heures du soir. Pouls 84. T. R. 40°,4.

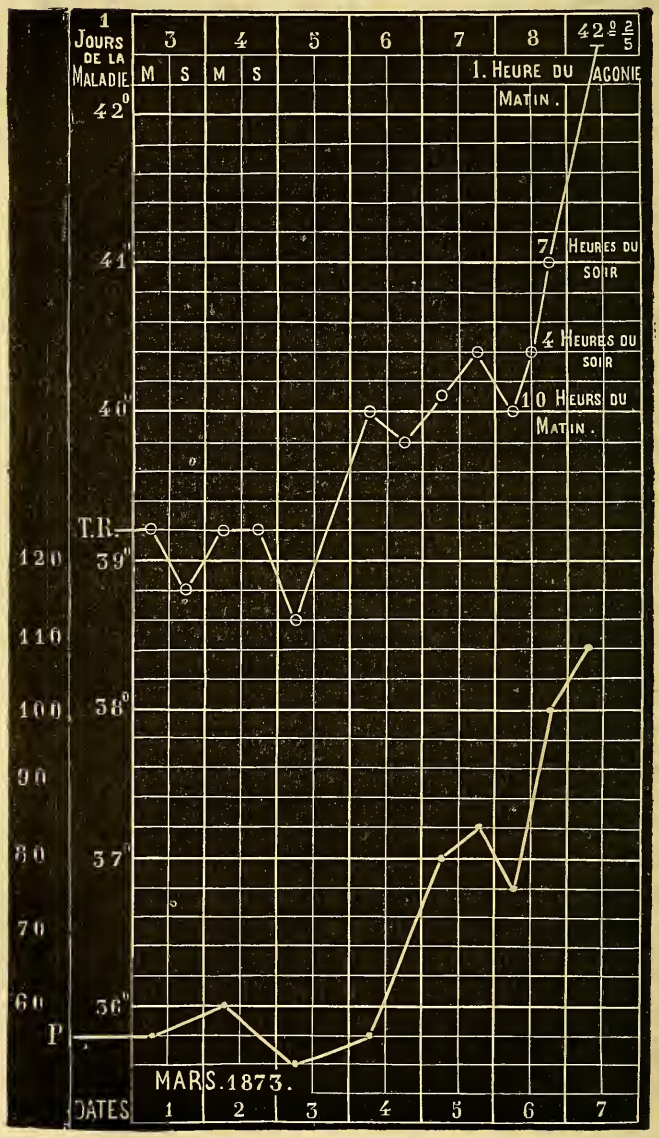
1 heure du matin. Cyanose, asphyxie; 60 respirations, pouls 108. T. R. 42°,4 ; mort à 4 heures du matin.

A l'autopsie, épaississement avec infiltrations sanguines dans les méninges; piqueté de la couche corticale après l'ablation de la pie-mère qui happe légèrement.

Dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, des reins. Épaississement des tuniques de l'estomac ; vive injection de la muqueuse.

Fig. 3. — T. PIERRE, 40 ANS, MARCHAND DE CHARBON, ENTRÉ A SAINTE-ANNE LE 28 FÉVRIER 1873.

Delirium tremens fébrile.



Observation XVII. — *Habitudes alcooliques. — Vin blanc. — Absinthe. — Attaques épileptiques. — Delirium tremens fébrile. — Tremblement, frémissements et secousses musculaires. — Autopsie. — Injection et hémorrhagies des méninges cérébro-spinales ; dégénérescence graisseuse des organes. — L'analyse chimique révèle la présence de l'alcool dans le foie et dans le cerveau. — Cessation des excès trois jours et six heures avant la mort.*

L... Jules, 24 ans, garçon marchand de vins, habitué à boire, faisait des excès plus nombreux depuis trois ans, il prenait du vin blanc et quelquefois de l'absinthe. Dans les derniers jours qui ont précédé son entrée à l'Asile, il avait fait plusieurs débauches, avait été renvoyé de son magasin et, la veille du jour de sa séquestration, était tombé dans l'escalier, surpris par une attaque d'épilepsie.

A son entrée le 19 septembre, il est très-agité, loquace, sans cesse en mouvement; il aperçoit des insectes, des individus armés qui veulent le frapper, il entend ses parents, etc. Visage altéré, yeux injectés, langue humide, peau chaude et couverte de sueur, pouls large, dépressible, fréquent; tremblement des bras, des jambes, avec frémissements des muscles de la face.

Traitement : Lait; bouillon ; deux pots de limonade citrique.

La nuit est très-mauvaise, les hallucinations ne laissent pas un instant de repos.

Le 20 septembre. Les hallucinations et le délire continuent. L... cherche et repousse, sans cesse, des insectes; il enroule les couvertures en paquet et veut partir ; il parle avec ses amis ; en l'interpellant, on obtient quelques réponses, mais son attention ne tarde pas à être détournée par les hallucinations. Sueurs abondantes, frémissements musculaires avec secousses par moments, dans les membres et la face; tremblement des bras et des jambes; un peu de faiblesse musculaire, démarche chancelante.

Pouls 80, large, régulier. T. R. 39°. Rien du côté de la poitrine. Urines albumineuses.

Dans la matinée, attaque épileptique suivie de stupeur pendant un quart d'heure environ.

Traitement : Lait ; bouillon ; eau vineuse ; deux pots de limonade citrique ; trois potages.

21. Persistance des hallucinations; faiblesse très-grande; station debout difficile ; tremblement des membres, plus accusé aux bras, frémissements et quelques secousses par moments; peau chaude et baignée de sueur ; pouls régulier, fréquent, cédant sous le doigt.

Les urines restent albumineuses. Même traitement.

Vers deux heures de l'après-midi L... est affaissé, dans un état de résolution qui ne lui permet pas de s'asseoir dans le lit; il marmotte quelques paroles incohérentes, parle de ses patrons, de ses amis, de bouteilles, de bouchons. Le tremblement et le frémissement persistent dans tout le corps, mais ils sont plus faibles. Le pouls est fréquent, petit, dépressible. La peau est légèrement moite.

Vers minuit, un quart d'heure après lui avoir donné à boire, le veilleur, en approchant du lit, le trouve mort, sans qu'il l'ait entendu remuer ou se plaindre.

Autopsie, 30 *heures après la mort.* — Injection vive des méninges ; hémorrhagie de 6 centimètres d'étendue, étalée en nappe au-dessus du feuillet viscéral de l'arachnoïde, à la surface de l'hémisphère droit; à gauche, et disposé de la même manière, petit épanchement moins étendu. Teinte rosée et infiltration de la pie-mère et de l'arachnoïde sur la convexité des hémisphères; à la base, ces membranes sont minces, transparentes, presque comme dans l'état normal. Elles s'enlèvent facilement, sauf à la partie antérieure des deux lobes frontaux où elles happent légèrement à la couche corticale, qui est d'un rose lilas à ce niveau; sur le lobe sphénoïdal gauche elles adhèrent dans une très-faible étendue. Toute la surface de la couche corticale offre une teinte lilas qui est plus foncée vers les parties antérieures. Les portions grises des parties centrales offrent également une coloration plus foncée.

Les coupes ne montrent de foyer en aucun point.

La protubérance et le bulbe sont injectés.

Les méninges rachidiennes d'un rouge foncé sont infiltrées et présentent par places soit au-dessus du feuillet viscéral de

l'arachnoïde, soit au-dessous, dans l'épaisseur de la pie-mère, de petits caillots noirâtres.

Les coupes de la moelle font voir une injection très-accusée de la substance grise.

Reins volumineux ; couche corticale jaunâtre.

Foie un peu gros, d'une teinte jaunâtre plus accusée en quelques points.

Rate normale.

Poumons noirâtres, congestionnés; crépitant et surnageant ; cœur chargé de graisse, mou ; les parois offrent, par places, une teinte d'un brun jaunâtre.

La muqueuse stomacale est infiltrée de sang en deux endroits au niveau de la grande courbure, dans l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

L'analyse chimique, pratiquée comme dans le cas précédent, a démontré la présence de l'alcool dans le foie et dans le cerveau et en a fait reconnaître des traces dans le poumon. On n'a rien obtenu avec le sang malgré le soin apporté à l'analyse.

L.... Jules faisait surtout des excès de vin blanc et prenait quelquefois de l'absinthe ; il a présenté deux attaques d'épilepsie, l'une la veille de sa séquestration, l'autre le lendemain de l'entrée à l'Asile ; cette dernière a été suivie de stupeur pendant un quart d'heure. Le délire s'est présenté avec ses caractères habituels ; mais le tremblement était ici étendu à tout le corps, et s'accompagnait de frémissements et de secousses musculaires fréquentes, qui dénotaient une vive irritation de la moelle.

Bientôt s'est montrée une faiblesse générale sans disparition des autres troubles de la motilité, et le malade s'est éteint brusquement sans agonie.

L'autopsie nous montre dans les méninges cérébro-spinales des hémorrhagies multiples, disséminées, et occupant pour la moelle toutes les régions; on conçoit la

gravité de désordres si généralisés, dans des organes aussi importants que la moelle et le cerveau. Ces lésions aiguës expliquent l'existence assez fréquente de l'irritation chronique des méninges aux périodes plus avancées de l'alcoolisme ; il est très-probable que, si L... eût guéri de cet accès de *delirium tremens*, il aurait conservé une sorte d'épine, qui en l'absence même de nouveaux excès aurait pu provoquer des lésions chroniques graves, une pachyméningite et tous les accidents du côté de la motilité et de la sensibilité, qui en sont la conséquence.

L'analyse chimique, en nous signalant la présence de l'alcool dans le foie et dans le cerveau, trois jours et six heures après la cessation de tout excès de boisson, nous montre la nécessité de chercher avant tout, dans ces accès de *delirium tremens*, consécutifs à de récentes libations, ce qui est le cas le plus fréquent, du moins pour les malades admis dans les asiles, de chercher, disons-nous, à favoriser, par tous les moyens possibles, l'élimination du poison, dont l'action doit être d'autant plus énergique que son séjour est plus prolongé.

Nous donnons l'observation suivante de M. Calmeil, qui nous offre de l'intérêt par l'injection vive et généralisée des méninges cérébro-spinales.

Observation XVIII. — *Habitudes des boissons fermentées, contrariétés d'intérêts, attaque à forme apoplectique à la suite d'un repas copieux, délire furieux pendant quatre jours et quatre nuits, mort au commencement de la cinquième nuit. — Les os du crâne sont injectés intérieurement; la pie-mère commence à s'infiltrer de sérosité; elle est rouge par plaques; couleur rose de la substance grise cérébrale et cérébelleuse, nombreux vaisseaux larges et vides dans la substance médullaire, sinus rachidiens turgescents; les os,*

la dure-mère, les membranes de la moelle, sont teints par du sang, au pourtour du prolongement rachidien (1).

M. Audry, âgé de 49 ans, né dans le département de Seine-et-Oise, marié, débitant de vins à Paris, a contracté depuis peu l'habitude de manger peu et de boire beaucoup ; il n'abusait pourtant pas des boissons excitantes au point de se mettre dans un véritable état d'ivresse. C'est un homme doué d'une très-forte corpulence, très-vigoureusement musclé, et qu'on était forcé de saigner copieusement et très-fréquemment dans le cours de chaque année. Il paraît qu'il contractait assez facilement la diarrhée ; mais les indispositions qu'il était à même d'éprouver l'empêchaient rarement de vaquer aux occupations de son comptoir. Ses facultés intellectuelles sont ordinaires ; son caractère est vif et brusque.

En septembre 1840, contrariétés causées par une décision d'un jury d'expropriation qui a jugé que sa maison doit être démolie pour cause d'utilité publique; mécontentement très-prononcé de n'avoir obtenu, en outre, qu'une indemnité qu'il ne trouve pas proportionnée aux pertes qu'on lui fait subir ; excitation cérébrale entretenue par une ingestion de plus en plus fréquente des liqueurs fermentées dans les voies digestives.

Le 13 septembre, déjeuner copieux où les convives boivent avec peu de mesure, mais d'où M. Audry revint sans paraître indisposé ni malade.

Cependant, le 14, avant le commencement du jour, M. Audry est frappé tout à coup d'une attaque de congestion cérébrale. Le médecin qui est aussitôt appelé auprès de lui se hâte de lui faire une large saignée, et les phénomènes apoplectiques ne tardent pas à disparaître; mais, à peine a-t-il été rendu à la connaissance, qu'on voit éclater chez lui les symptômes du plus violent délire.

Cet homme est maintenant assiégé par des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il croit voir et entendre des ouvriers occupés à démolir sa maison, et il se livre contre les personnes qui tentent de le calmer à des emportements furieux. Il se porte même à des actes de la dernière violence contre l'un

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau,* 1859, t. I, p. 224 ; 36e observation.

de ses parents qui cherche à lui tenir tête et à l'empêcher de se précipiter par la fenêtre : on prend alors le parti de l'attacher sur son lit.

Pendant toute la journée du 14 septembre, loquacité, vociférations, propos injurieux, menaces, pétulance d'action, efforts pour briser les liens qui servent à le fixer. On applique non sans peine quinze sangsues derrière chaque oreille; on lui donne à boire des tisanes acidulées.

Le 15 septembre, l'exaltation est portée au même taux : on maintient des applications réfrigérantes sur la tête de M. Audry, on entoure ses membres inférieurs de topiques révulsifs ; et on cherche à calmer sa soif par l'usage de boissons nitrées.

Le 17 septembre, les traits de sa physionomie sont profondément altérés ; tous les efforts que l'on fait pour exécuter les ordres des médecins sont de plus en plus impuissants, et, comme on sent à présent l'impossibilité de lutter contre une semblable maladie, M. Audry est amené à Charenton, où il expire au bout de trois heures. Ses vociférations se sont fait entendre jusqu'à la période de l'agonie, et il n'a pas cessé un seul instant de s'agiter sous ses couvertures en cherchant à briser ses liens.

Autopsie cadavérique. — Les cavités abdominale et thoracique sont très-développées ; les bras, les cuisses et les jambes fortement musclés; on aperçoit au pli des bras, au cou, les traces de cicatrices récentes qui indiquent que les déplétions sanguines n'ont pas été épargnées. Le sommet de la tête est le siége d'une vaste infiltration sanguine.

Les os du crâne ne présentent rien de particulier quant à l'épaisseur ; ils sont injectés dans la partie de leur surface qui correspond à la dure-mère.

La cavité droite de l'arachnoïde cérébrale ayant été ouverte la première, on constate sur le lobe droit un état d'infiltration séreuse très-considérable du réseau de la pie-mère. Du même côté, le feuillet séreux viscéral est soulevé par des plaques de sang qui correspondent à des espèces de sugillations, d'extravasations de différente largeur.

Sur le lobe cérébral gauche, le tissu de la pie-mère est également le siége d'une infiltration séreuse, mais le lobule

postérieur est comme enveloppé par une sorte de nuage rougeâtre, des filets vasculaires très-rapprochés, et fortement hypérémiés, paraissent contribuer surtout à former ces espèces d'îlots sanguins.

La pie-mère se détache partout facilement du relief des circonvolutions. A droite comme à gauche elle semble épaissie ; la surface du cerveau est généralement unie, ferme, exempte d'érosion, sauf sur quelques places et du côté droit surtout, où la surface corticale offre comme de toutes petites solutions de continuité très-superficielles.

La consistance de la masse encéphalique ne présente rien d'extraordinaire.

Reflet rosé à peine sensible dans l'intérieur de la substance grise.

Vaisseaux de la substance blanche très-nombreux, très-apparents, mais médiocrement remplis de sang ; sur certains emplacements, néanmoins, la réunion des tubes vasculaires représente des espèces de marbrures rougeâtres à reflets plus vifs.

Le cervelet n'est pas mou, sa substance grise offre sur une foule de points des teintes de couleur lie de vin.

La protubérance annulaire est ferme ; sa substance grise ressemble pour la couleur à celle du cervelet.

Les sinus rachidiens et les veines de la moelle épinière sont tuméfiés et pleins de sang noir. Ce liquide a déteint sur la face des vertèbres et sur les ligaments.

La dure-mère rachidienne est également colorée en rouge par l'action de la matière colorante du sang dans toute l'étendue de sa face externe.

L'arachnoïde rachidienne et la membrane propre de la moelle épinière sont dans les mêmes conditions, quant à la couleur, que la membrane fibreuse et que le tissu des vertèbres.

La moelle épinière n'est point altérée ; sa structure et sa coloration ne laissent rien à désirer.

Les deux plèvres costales sont d'une teinte rosée ; la plèvre droite donne attache à quelques brides celluleuses anciennes.

Les deux poumons paraissent sains à l'extérieur ; la membrane muqueuse bronchique est très-rouge et jusque dans les cellules pulmonaires.

Le cœur, bien que volumineux, n'est pas jugé malade, eu égard au fort développement de tous les autres muscles.

L'oreillette droite contient de volumineux tampons de fibrine; sa couleur est violette.

L'intérieur de l'aorte n'est plus gris ; il est au contraire couleur d'orcanète, et les lavages ne font point disparaître cette teinte violacée.

Le parenchyme du foie est comme grenu et d'un aspect jaunâtre. Lorsqu'on l'incise avec le bistouri, il offre de la résistance et produit l'effet d'un tissu fibreux et condensé.

La rate est très-grosse, très-molle, très-facile à réduire en une matière liquide composée en grande partie de sang.

L'estomac laisse voir, dans l'épaisseur de ses parois, des bulles de gaz spumeuses; sa membrane musculaire est noirâtre, sa membrane muqueuse molle et facile à détacher avec l'ongle.

Les cryptes des intestins grêles sont gonflées et turgescentes, lactées comme sur les carnivores pendant l'acte de la digestion.

Le reste des organes abdominaux ne s'éloigne aucunement de l'état normal.

Observation XIX. — *Vin blanc le matin, excès d'eau-de-vie et d'absinthe. — Premier accès de délire alcoolique remontant à deux ans. — Attaque épileptique. — Deuxième accès, delirium tremens fébrile. T. R. 40° au moment de l'entrée. — Dyschromatopsie. — Anesthésie plus marquée à droite. — Guérison des accidents aigus. — Persistance des symptômes d'intoxication chronique.*

C..., 43 ans, teinturier, fils d'une mère tuberculeuse et d'un père ivrogne qui a fait une tentative de pendaison, a contracté depuis longtemps l'habitude de boire. Mais, depuis quatre ans, ses excès sont plus nombreux ; il s'adonne à l'eau-de-vie et à l'absinthe, il boit du vin blanc le matin à jeun. Son caractère a changé, il est devenu sombre, soupçonneux, jaloux, faisant des scènes nullement motivées à sa femme ; son sommeil est souvent agité par des cauchemars et des rêves ; il perd l'appétit et il est fatigué, le matin, par des vomituritions pituiteuses, blanches ou vertes, quelquefois striées de sang.

Il y a deux ans, dans un premier accès de délire alcoolique, il entendait crier, chanter, il voyait les amants venir auprès de sa femme ; il apercevait des précipices, des navires sur la mer, des rats, des araignées. Il tremblait à ce moment, dit la femme, de tous les membres.

Depuis cette époque, il a conservé des idées de jalousie, qui se traduisent par des injures, des menaces et parfois des violences. Il y a quinze jours, il a perdu complétement le sommeil, il entendait des individus qui l'injuriaient, voyait des lapins, des oiseaux, des hommes armés de fusils ; prétendait qu'on pratiquait des trous à la muraille pour le tuer avec des revolvers. Pour échapper à ses ennemis, il avait soigneusement installé à sa place dans le lit un mannequin sur lequel devaient, désormais, être dirigées les balles qu'on lui destinait. Il y a huit jours, le 3 juin, il est pris subitement d'une attaque convulsive avec perte de connaissance, chute, morsure de la langue et évacuations involontaires.

Il entre à l'Asile le 7 juin. Sans cesse en mouvement, regardant de tous les côtés, portant les mains en tous sens, il est dans une terreur profonde, prononce des phrases entrecoupées, pousse des soupirs, dit des injures, devient tour à tour menaçant, suppliant, et, au milieu de ce désordre, fait comprendre qu'il est condamné à mort, qu'il doit être exécuté, qu'il voit sa femme dans les bras d'un autre homme ; il aperçoit, en outre, des animaux qu'il chasse des mains et des pieds.

Le visage est altéré, les yeux injectés, chassieux, la face couverte d'une sueur visqueuse, les lèvres croûteuses, la langue sèche, les bras et les jambes tremblants, avec des frémissements musculaires qui s'étendent par instants au tronc et à la face. La peau est chaude, la température rectale prise à cinq heures du soir donne 40°, le pouls est serré, petit, 104 pulsations. Les urines ne renferment ni albumine ni sucre.

Traitement : Lait ; bouillon ; eau vineuse sucrée.

Potion : Julep gommeux, 100 grammes ; extrait mou de quinquina, 4 grammes ; sirop d'écorces d'oranges, 30 grammes.

La nuit est très-agitée ; les hallucinations sont incessantes ;

des sueurs profuses ont exigé deux fois le renouvellement du linge.

8 juin. Au matin, un peu moins d'agitation, mais les hallucinations sont incessantes, il voit des puces, des mouches sur les bras et les jambes, entend des menaces, des injures, etc.

La trémulation générale est moindre, mais le tremblement est encore très-accusé aux bras et aux jambes. Les yeux sont cernés, les sclérotiques injectées et légèrement jaunâtres, la langue est plus humide.

La T. R. donne 38°,6 ; pouls 96.

Même traitement ; trois potages.

Le soir, même délire ; tremblement des bras et des jambes ; secousses et frémissements dans les muscles des membres, et, par moments, de la face et du dos. 100 pulsations. T. R. 39°.

9 juin. Les hallucinations ont persisté toute la nuit; ce matin le malade est plus calme : on veut, dit-il, l'empoisonner, des hommes rôdent autour de son lit; il a vu son enterrement, on disait qu'il était mort. On se moque de lui, on le raille sur la conduite de sa femme. Céphalalgie, étourdissements, tremblement des bras et des jambes. T. R. 38°,2 ; pouls 96.

Même traitement; café sucré, 125 grammes ; une côtelette, 3 potages.

Le soir, pouls 100. T. R. 38°,8.

10 juin. Cinq heures de sommeil pendant la nuit, hallucinations persistantes ; le matin, il répond assez exactement, il croit à la réalité de tout ce qui a fait l'objet de son délire. Il entend encore quelques injures.

Tremblement des mains.

T. R. 38°,4; pouls 84.

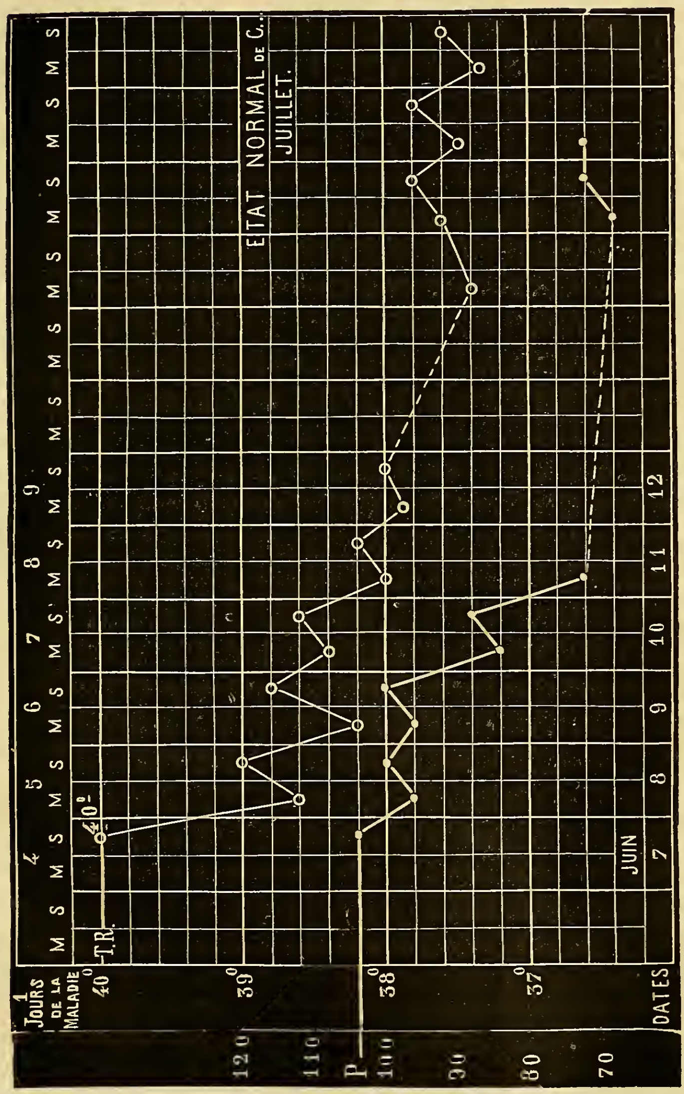
Même traitement ; bain.

Le soir. Pouls 84. T. R. 38°,6.

11 juin. Il a dormi une partie de la nuit, mais les hallucinations persistent. Dans la journée il est plus tranquille, mais il conserve des idées de persécution, il est convaincu que sa femme le trompe, que des individus lui en veulent et cherchent à lui nuire. Il a devant les yeux un brouillard blanchâtre qui lui voile les objets, il distingue difficilement les

Fig. 4. — C., 43 ANS, TEINTURIER, ENTRÉ A SAINTE-ANNE LE 7 JUIN 1872.

Delirium tremens fébrile.



couleurs: le rouge est marron, dit-il; mais il est distrait et se prête peu à ce mode d'exploration.

Pouls 70. T. R. 38°.

Traitement : Un pot de limonade vineuse, un pot de tisane de houblon ; café sucré, 125 grammes.

Le soir. Pouls. 68 T. R. 38°,2.

12 juin. Sommeil avec des cauchemars ; pas d'hallucinations dans la journée, mais idées de persécutions. Persistance d'un brouillard blanchâtre devant les deux yeux. Le malade a eu une blépharite ciliaire pendant longtemps, et la cornée gauche est légèrement dépolie sur sa moitié externe ; la cornée droite offre sa transparence normale ; le fond de l'œil examiné à l'ophthalmoscope ne présente d'altérations d'aucun côté, ni œdème péripapillaire, ni infiltration périvasculaire, ni gêne de la circulation veineuse.

La chromatoscopie rétinienne à l'aide de l'échelle chromatique du docteur Galezowski donne aujourd'hui les résultats suivants : le bleu (n° 10 des tons) paraît violet au malade, le vert paraît gris, le vert-bleu est gris foncé ou gris ardoisé, le rouge est cachou brunâtre ; à une deuxième exploration, le rouge est marron, le rose est gris.

L'acuité de la vision est également affaiblie. C... lit à peine des caractères de 1 millimètre.

Le goût est émoussé, il faut un certain temps pour distinguer le sucre, le sel, placés sur la langue.

L'odorat paraît jouir de la sensibilité normale ; l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe sont reconnus assez rapidement. La sensibilité cutanée paraît obtuse sur toutes les parties du corps.

Douleur de tête ; bourdonnements d'oreilles, crampes dans les doigts, faiblesse des jambes.

T. R. 38° ; pouls régulier, 76 pulsations.

Traitement : Un pot de limonade vineuse, un pot de houblon sucré ; vin de quinquina, 125 grammes. Bain.

16 juin. Les nuits sont meilleures, mais il reste encore quelques hallucinations ; il entend prononcer son nom, on lui dit des injures, on appelle sa femme.

Dans la journée, il est tranquille ; parle de ses hallucinations comme de choses imaginaires : il y a, dit-il, quelque chose

de vrai au milieu de tout cela; les idées de persécutions ne s'amendent pas.

La sensibilité à la température paraît normale; les corps chauds et froids sont parfaitement reconnus sur toutes les parties du corps; il y a de l'analgésie, les piqûres d'épingle sont médiocrement senties sur les bras et les jambes. La sensibilité tactile est émoussée, mais, en l'explorant avec l'esthésiomètre, on obtient des résultats beaucoup plus précis, différents pour les deux côtés. En appliquant les deux pointes du compas sur la face antérieure de la jambe droite, suivant l'axe du membre, la distance entre les deux pointes doit être portée à 11 centimètres pour que le malade perçoive distinctement le double contact. Si la distance s'abaisse à 9 centimètres, on n'obtient que la sensation d'une seule pointe; en outre si l'on pique simultanément la peau avec deux épingles séparées par une distance de 8 centimètres, le malade ne perçoit qu'une seule piqûre, à la distance de 10 centimètres il en perçoit deux. D'autre part, si on l'invite, les yeux étant fermés, à indiquer le siége des piqûres, il se trompe presque chaque fois; quand il ne perçoit qu'une seule piqûre malgré la présence des deux épingles, il indique comme siége de la piqûre un point intermédiaire aux deux épingles, mais situé d'une façon assez régulière sur la ligne qui les réunit. Quelquefois le doigt se rapproche de l'une des piqûres tantôt de la supérieure, tantôt de l'inférieure sans régularité. Lorsque les deux piqûres sont perçues en même temps, les points piqués ne sont pas non plus exactement indiqués, le doigt va tantôt au-dessus, tantôt au-dessous, mais, en général, dans l'intervalle des deux piqûres.

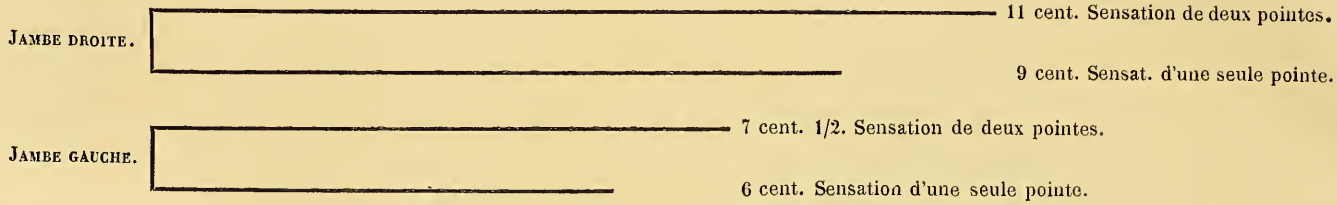
Sur la face antérieure de la jambe gauche, la sensation des deux pointes s'obtient à la distance de 7 centimètres et demi et la sensation d'une seule pointe malgré l'application des deux, commence à partir d'un écartement de 6 centimètres. En piquant avec deux épingles à la distance de 6 centimètres, on n'obtient également que la sensation d'une piqûre, à la distance de 7 centimètres, la sensation des deux piqûres commence à être perçue.

Si l'exploration se fait perpendiculairement à l'axe du membre, les distances sont beaucoup plus rapprochées. Ainsi pour

TABLEAU COMPARATIF DU DEGRÉ DE SENSIBILITÉ ENTRE LES DEUX MOITIÉS DU CORPS CHEZ LE MALADE C.., AGÉ DE 45 ANS, TEINTURIER, ENTRÉ A SAINTE-ANNE LE 7 JUIN 1872.

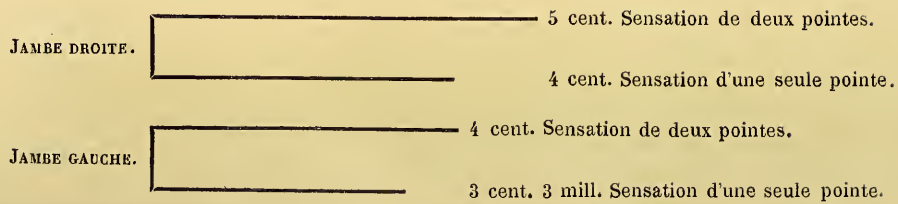
Exploration de la sensibilité suivant l'axe du membre

(Face antérieure de la jambe).



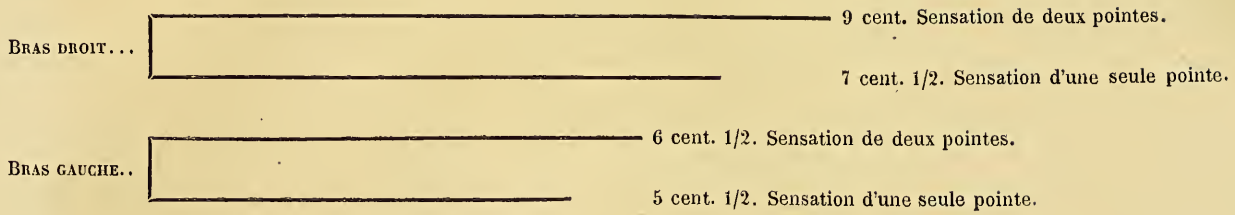
Exploration perpendiculairement à l'axe du membre

(Face antérieure de la jambe).



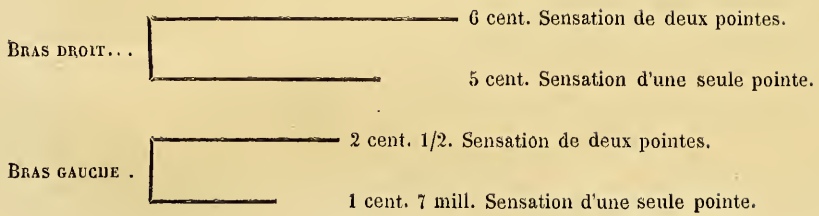
Exploration de la sensibilité suivant l'axe du membre

(Face antérieure de l'avant-bras).



Exploration perpendiculairement à l'axe du membre

(Face antérieure de l'avant-bras).



la jambe droite, avec un écartement de 5 centimètres, les deux pointes étant placées transversalement (et non plus dans le sens de l'axe), la sensation des deux pointes est très-nette. A la distance de 4 centimètres, on obtient la sensation d'une seule pointe. Pour la jambe gauche, à 4 centimètres la sensation est de deux pointes et à 3 centimètres 3 millimètres, la sensation est d'une seule pointe. Pour les bras, on obtient le même résultat, l'anesthésie est plus marquée au bras droit. En portant les pointes dans le sens de l'axe du membre à la partie antérieure de l'avant-bras droit, l'écartement de 9 centimètres donne la sensation distincte de deux pointes; l'écartement de 7 centimètres et demi donne la sensation d'une seule pointe. Pour le bras gauche, l'écartement de 6 centimètres et demi donne la sensation de deux pointes ; à 5 centimètres et demi, la sensation d'une seule pointe. En plaçant les pointes perpendiculairement à l'axe du membre, on obtient pour le bras droit une sensation de deux pointes à 4 centimètres, et la sensation d'une pointe à 3 centimètres ; pour le bras gauche, la sensation de deux pointes à 2 centimètres et demi et la sensation d'une pointe à un centimètre 7 millimètres. Pour fixer d'une manière plus nette ces différents résultats, nous avons représenté, par des lignes parallèles d'une longueur égale à celle de l'écartement, les différentes distances nécessaires pour percevoir dans la même région la sensation d'une ou de deux pointes.

C... éprouve de la lourdeur de tête presque toute la journée, des étourdissements, des crampes par moments, dans les bras et les jambes, celles-ci ne paraissent pas plus accusées à droite qu'à gauche ; la faiblesse musculaire est générale, mais toutefois un peu plus marquée à droite.

Le malade, en sautant sur le pied gauche, parcourt une quinzaine de mètres assez facilement; sur le pied droit, il saute plus lourdement et se voit obligé de s'arrêter avant d'arriver au but. Au dynamomètre la différence est très-faible entre la main droite qui donne 28° et la main gauche qui atteint 29°. T. R. 37° $\frac{4}{5}$; pouls 76.

Traitement : Un pot de limonade vineuse, un pot de houblon sucré. Vin de quinquina, 125 grammes.

20 juin. C... dort bien, il se promène dans la journée et

ne semble pas avoir d'hallucinations, mais il est préoccupé, ne parle de sa femme qu'en fronçant le sourcil, et considère comme exactes et vraies ses conceptions délirantes.

Lourdeur de tête, étourdissements, sentiment de faiblesse par moments, toutefois pas de vertiges. Même traitement.

30 juin. L'amélioration se continue. C... reçoit les visites de sa femme avec plus de plaisir, il revient sur tout ce qui s'est passé, et l'on voit qu'il fait des efforts pour rechercher la vérité; toutefois son esprit conserve encore des doutes non motivés et des idées délirantes qui se font jour dès qu'on le presse un peu.

La tête continue à être lourde, les bras et les jambes sont engourdis, par moments. L'exploration de la sensibilité tactile donne un degré moindre d'anesthésie, mais les résultats généraux restent les mêmes, l'anesthésie est un peu plus accusée du côté droit.

Le 15 juillet, C..., en bonne voie de guérison pour les accidents aigus, est envoyé à la campagne.

Cette observation mérite de nous arrêter sous plusieurs rapports. Nous voyons une attaque d'épilepsie se produire au début du deuxième accès, à un moment où le tremblement n'avait pas encore atteint son plus haut degré d'intensité. Il n'y a donc pas, ainsi que nous l'avons déjà signalé, de relation entre l'acuité du tremblement et les attaques convulsives; ces deux ordres d'accidents appartiennent à des causes différentes. L'attaque d'épilepsie est due ici à l'absinthe, peut-être aussi au vin blanc du matin.

La fièvre que le thermomètre nous a permis de constater d'une façon précise donnait à ces accès de *delirium tremens* un caractère de gravité tout particulier, que ne désavouaient pas du reste les autres symptômes également intenses. La trémulation de tout le système musculaire, l'altération de la face, l'injection des yeux, l'aspect gé-

néral du malade, faisaient, avec juste raison, redouter une issue funeste ; heureusement, dès le second jour, l'abaissement de la température avec le léger amendement lans les autres symptômes a indiqué une bonne tendance qui ne s'est pas démentie. Nous nous sommes efforcé de soutenir les forces du malade et, aussitôt qu'il a pu prendre des œufs, manger un peu de viande, nous n'avons pas hésité à le nourrir.

L'exploration de la sensibilité rétinienne, au point de vue de la perception des couleurs, a offert également des résultats assez nets, enfin l'exploration de la sensibilité tactile, par la méthode de Weber, nous a permis de préciser, mieux que nous n'eussions pu le faire par les autres moyens, une prédominance de l'anesthésie du côté droit.

Il y a dans cet ordre de recherches encore bien des desiderata ; mais, néanmoins, les connaissances déjà acquises sur les maladies de la moelle, quelques faits aussi relatifs à la pathologie cérébrale, permettent d'espérer que peu à peu la lumière se fera dans cette étude difficile.

Observation XX. — Résumé : A. Victor, 30 ans, graveur sur pierre, adonné depuis plusieurs années aux boissons alcooliques, entre à Sainte-Anne au troisième jour d'un accès de *delirium tremens* fébrile. A son arrivée, il est agité, très-halluciné (il voit des barricades, il entend tomber des obus ; il aperçoit des voleurs, des animaux ; il répond à des camarades, etc.) ; il présente un tremblement considérable des membres et des frémissements musculaires dans tout le corps. Au bout de quatre jours, le délire s'amende, les hallucinations ne se montrent que la nuit et sont moins nombreuses ; le tremblement a diminué, mais les frémissements persistent dans les muscles des bras, du tronc, des cuisses.

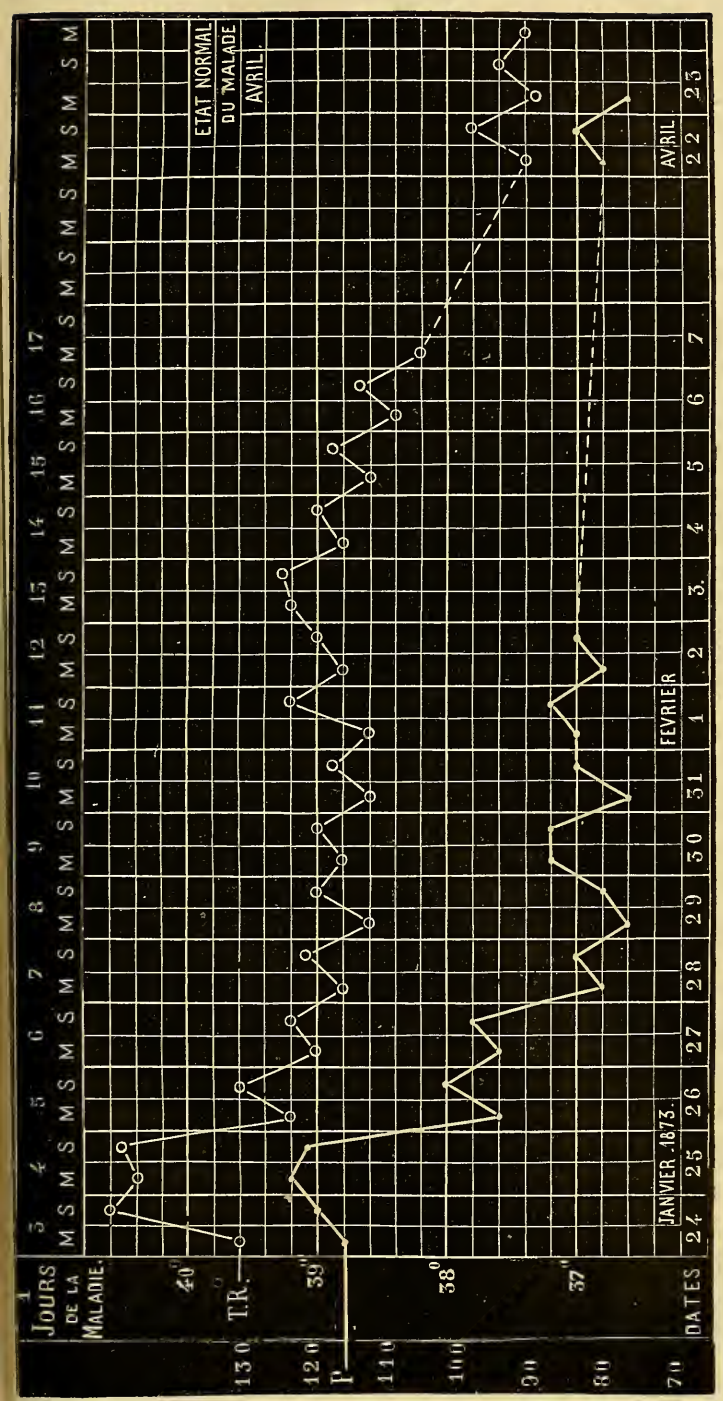


Fig. 5. — A. Victor, 30 ans, graveur sur pierre, entré à Sainte-Anne le 27 janvier 1873.

Delirium tremens fébrile.

La température, après avoir atteint 40° $\frac{3}{5}$, s'abaisse, oscille pendant douze jours autour du 39° degré, tombe ensuite à 38° et au-dessous, pour devenir tout à fait normale. La défervescence est suivie de la diminution et de la disparition de tous les symptômes physiques et intellectuels et le malade sort guéri de l'Asile.

Parmi les faits de *delirium tremens* fébrile suivis de guérison, j'ai choisi les précédents, pour montrer deux modes différents de défervescence. Le tracé de l'observation XIX, malade C., représente la marche la plus généralement suivie par la température. La ligne s'abaisse de 40 à 39 degrés, puis elle offre des oscillations descendantes pendant trois à quatre jours entre 39° et 38°, pour arriver finalement à la température normale de 37° deux ou trois cinquièmes. Chez le malade A... Victor, observation XX, le tracé offre un type plus rare, il présente des oscillations irrégulières et une légère élévation thermique, passagère d'ailleurs, au onzième jour de la maladie, après une marche décroissante de plusieurs jours. Les autres symptômes suivent habituellement la marche de la température et s'améliorent à mesure que la défervescence tend à se rapprocher de l'état normal.

ARTICLE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE DELIRIUM TREMENS FÉBRILE ET LE DELIRIUM TREMENS ASSOCIÉ AUX AFFECTIONS INTERCURRENTES ET AUX TRAUMATISMES.

Le *delirium tremens* fébrile, dégagé de toute maladie intercurrente, caractérisé principalement par la fièvre et

le tremblement spécial dont nous avons parlé, se distingue d'une façon radicale du *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes et aux traumatismes.

a. — Le *delirium tremens* fébrile survient presque toujours à la suite d'excès récents et nombreux de boissons; le *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes se déclare chez l'alcoolique chronique, sans excès nouveaux, à l'occasion uniquement de la maladie qui vient le frapper accidentellement.

b. —Dans le *delirium tremens* fébrile, la fièvre est un élément essentiel de la maladie et ne dépend que d'elle-même; dans l'autre forme de *delirium tremens*, la fièvre a des sources multiples, depuis la pneumonie, l'érysipèle, la péricardite, etc., jusqu'au traumatisme accidentel ou thérapeutique. La fièvre, dans ces conditions, se comporte différemment, selon les cas, et suit le cycle fébrile ou la marche de l'affection intercurrente.

c. — Dans les deux ordres de faits, on doit tenir compte du degré d'alcoolisme chronique auquel est arrivé l'individu; mais, tandis que, chez les premiers, la gravité dépend surtout de l'intensité même de l'accès aigu, chez les seconds, elle se trouve sous la dépendance de la maladie surajoutée.

d. — Dans l'union pathologique entre une affection intercurrente et l'alcoolisme, les phénomènes alcooliques développés accidentellement offrent des degrés très-différents d'intensité; non-seulement le délire se traduira quelquefois simplement par des hallucinations nocturnes avec des cauchemars, mais les troubles de la motilité se borneront assez souvent à un tremblement plus ou moins étendu des mains, ou des bras et des jambes, ou des bras,

des jambes et de la face, et ne s'accompagneront pas de cette affreuse trémulation de tous les muscles du corps qui se présente dans le *delirium tremens* fébrile.

e. — Dans le *delirium tremens* fébrile, en dehors de l'hypérémie aboutissant quelquefois à l'hémorrhagie et attestant ainsi l'irritation très-violente des centres nerveux, on ne trouve guère à l'autopsie, dans les différents systèmes, que les altérations plus ou moins avancées de l'alcoolisme chronique (stéatose et sclérose); l'autre forme de *delirium tremens*, outre les altérations de l'alcoolisme chronique, présente les lésions propres à la maladie intercurrente, lésions souvent très-étendues et cause principale de la terminaison funeste.

f. — Ajoutons que les sujets affectés de *delirium tremens* fébrile, en raison de l'acuité du délire, entrent généralement dans les asiles, tandis que les malades atteints de *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes, sont plus habituellement traités dans les hôpitaux ordinaires.

ARTICLE III

TRAITEMENT DU DELIRIUM TREMENS FÉBRILE.

Le diagnostic différentiel entre le *delirium tremens* fébrile et le *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes, était indispensable à établir au point de vue du traitement; et maintenant l'on conçoit sans peine que celui-ci ne soit pas le même dans les deux formes de délire.

D'ailleurs, le *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes, se présentant sous les aspects les plus di-

vers, fournit matière dans chacune de ses formes à des indications thérapeutiques spéciales; voici d'ailleurs comment M. Gubler s'exprime à ce sujet : « Le *delirium tremens* n'est pas une entité comparable à une espèce créée, toujours assez semblable à elle-même pour que chaque cas représente l'unité ou l'individu morbide. C'est au contraire un syndrome éminemment variable, selon la période, la forme et l'intensité des accidents, selon les conditions particulières du sujet et du milieu. A travers ce polymorphisme symptomatique, l'identité originelle, étiologique, perd pour ainsi dire toute valeur aux yeux du praticien. En ce sens, nous devons admettre la vérité de l'adage : *Il n'y a pas de maladies ; il n'y a que des malades* (1). »

Ce serait donc vainement que nous chercherions à poser des indications thérapeutiques, répondant à tous les cas.

Si nous trouvons, en effet, chez tous ces malades une part de danger provenant du fond commun qui leur appartient, c'est-à-dire d'un degré plus ou moins avancé d'intoxication chronique, il n'en est pas moins vrai que, pour l'autre élément, la maladie intercurrente, ils diffèrent de la manière la plus complète. Dans le *delirium tremens* fébrile, il n'en est pas de même, celui-ci s'offre habituellement sous un type assez uniforme pour permettre de saisir certaines indications générales qui s'adressent à la grande majorité si ce n'est à tous les cas.

Presque tous les malades atteints de *delirium tremens* fébrile présentent une violente agitation, du moins dans les premiers moments de l'accès; de là, une indication qui

(1) Gubler, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. XXXV. Séance du 20 décembre 1870.

s'impose d'elle-même : *protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage.* La manière de le maintenir n'est pas chose indifférente, nous y reviendrons tout à l'heure.

Nous savons, d'autre part, que plus de trois jours après la cessation des excès, l'alcool existe encore dans les tissus, il est même probable qu'il en reste au quatrième, peut-être même au cinquième jour, et jusqu'ici nous avons pu, une fois du moins, nous assurer qu'il n'y en avait plus au septième jour. Quoi qu'il en soit, le péril est surtout grand au début, puisque les morts les plus fréquentes arrivent du premier au quatrième jour, c'est-à-dire au moment où l'économie est sous le coup de cette imprégnation toxique, dont l'influence doit être d'autant plus funeste qu'elle s'exerce sur des éléments d'une sensibilité extrême, sur les cellules nerveuses, déjà surmenées en quelque sorte, épuisées par la prodigieuse activité à laquelle le poison les a condamnées. Il faut donc avant tout débarrasser l'organisme de ce dangereux ennemi. Enfin ce n'est pas vainement qu'une aussi violente surexcitation s'est produite ; à cette période d'effervescence succède bientôt un accablement, une prostration qui n'est pas le moindre danger de cette scène morbide ; de là une troisième source d'indications thérapeutiques dont il faudra tenir compte.

En résumé : 1° Protéger le malade ;
2° Favoriser l'élimination du poison ;
3° Soutenir et relever les forces.

Voilà où doivent tendre les efforts du praticien.

§ I. — Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage.

Cette indication, que nous considérerions volontiers comme la plus importante, est d'une exécution fort difficile; car, en raison des conditions spéciales où se trouve le malade atteint de *delirium tremens* fébrile, il faut éviter, d'une part, l'immobilisation et la fixation au lit, qui favoriseraient les stases sanguines, les congestions, si fréquentes dans cette maladie, et nuiraient à l'expulsion du poison ; et, d'autre part, l'emploi d'un moyen de contention qui porterait un obstacle sérieux au jeu régulier des parois thoraciques, soit en empêchant la base de la poitrine de se dilater, soit en comprimant les voies aériennes dans la région cervicale.

Jusqu'ici la pratique généralement adoptée en France, non-seulement dans les asiles, mais aussi dans les hôpitaux, c'est de camisoler et d'attacher sur son lit tout malade agité dont on redoute les violences soit pour lui-même, soit pour les autres. Nous n'avons pas besoin de décrire la camisole (1), appareil bien connu, dont les dangers et les inconvénients ont déjà fourni matière à de nombreuses dissertations, mais il est bon de rappeler les conséquences fâcheuses qui résultent de l'application de cet engin, combinée avec la fixation au lit : voici ce que nous avons déjà dit à ce sujet dans l'article *Camisole* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : « Le patient est étendu sur le dos; grâce à la camisole, il y a déjà une gêne notable à la base du thorax, les fausses côtes et les deux ou trois dernières côtes sont notablement immobilisées. Pour maintenir la partie supérieure du corps, on passe à travers les deux anneaux situés au niveau des régions sus-claviculaires, des liens qui sont atta-

(1) Rouhier, *De la camisole ou gilet de force.* (Thèse de Paris, 1871.)

chés en bas et en arrière à la tête du lit; de plus, afin d'empêcher le malade de glisser, on pousse l'oreiller entre les cordons qui passent dessous et la tête qui s'applique et repose au-dessus, de sorte que toute la partie antérieure et supérieure de la camisole se trouve fortement tendue sur les parties correspondantes du thorax qu'elle immobilise. La poitrine ainsi resserrée à la base et au sommet, ne permettant plus qu'un jeu insuffisant des parois thoraciques, le diaphragme exagère ses mouvements et produit une respiration abdominale qui supplée jusqu'à un certain point à l'imperfection de la respiration thoracique. Mais le malade, se sentant retenu dans le haut du corps, devient d'autant plus remuant, lance les jambes de tous côtés; on rapproche alors celles-ci, et les pieds, munis d'entraves, sont fixés à l'extrémité inférieure du lit. De là, une tension des muscles des parois abdominales qui gêne l'abaissement si nécessaire du diaphragme. Enfin de fortes alèzes, jetées en travers sur le ventre et les genoux, sont assujetties de chaque côté du lit; cette dernière précaution complète l'ensemble des moyens si bien combinés pour arriver peu à peu à l'asphyxie, ainsi que le démontre, à l'autopsie, l'examen des organes. Que dans cet état le malade vienne à se débattre, qu'il fasse quelques efforts, la face s'injecte rapidement, les yeux sont brillants, les jugulaires turgescentes se désemplissent avec peine, le cou gonflé s'étrangle contre le bord rigide de la camisole. Sans compter les cas où le malheureux patient, cherchant à se dégager, finit par glisser sur l'un des côtés du lit; le larynx, poussé alors par tout le poids du corps contre le rebord de la camisole, devient le siége de graves lésions. »

Nous pourrions rapporter ici quelques autopsies d'alcooliques où l'état des poumons accuserait énergiquement l'action pernicieuse de la camisole, mais comme, chez les alcoolisés, les congestions pulmonaires sont possibles, sans le secours de ce moyen de contention, ces faits pourraient laisser des doutes dans l'esprit, aussi n'est-il peut-être pas inutile de voir ce qui se passe, en pareille circonstance, dans les cas simples, chez un maniaque par exemple.

Observation XXI. — *Accès maniaque sans fièvre. — Fixation et immobilisation au lit. — Asphyxie. — Mort. — Apoplexie pulmonaire.*

J... Jean, 47 ans, peintre en voitures, entre dans un asile le 12 novembre.

Cet homme vigoureux, d'une santé habituellement bonne, se sentait fatigué, dormait mal, était inquiet depuis environ trois semaines. Depuis six jours, il était loquace, incohérent, agité, et, à son arrivée, il se montre en proie à un violent accès maniaque avec hallucinations, désordre dans les idées et dans les actes, loquacité, cris, chants et incohérence, mais *sans fièvre.*

Il est laissé libre pendant cinq jours, l'accès maniaque continuant avec la même intensité. Du 17 au 23 novembre, il est maintenu fixé au lit *une partie de la journée;* l'agitation continue, l'appétit se maintient, il n'y a point de fièvre.

Du 23 au 26 novembre, le malade, maintenu *constamment au lit,* devient très-oppressé dès le 25, respire avec la plus grande peine et meurt le 26 au matin, sans autre accident que la gêne respiratoire, l'injection et plus tard la bouffissure et la cyanose de la face.

Autopsie. — Les poumons, d'un rouge foncé, présentent à la surface des taches de 1 à 3 centimètres d'un rouge noirâtre, irrégulières, légèrement saillantes; en piquant avec la pointe d'un bistouri ces taches noirâtres, il s'en écoule du sang liquide. En incisant le poumon, on voit des deux côtés dans l'épaisseur de l'organe, mais surtout en arrière et vers la base, de petits îlots noirâtres du volume d'une noisette à

une amande, d'où s'échappe par la pression un liquide d'un rouge foncé (foyers apoplectiques).

Le cœur est normal, les orifices sains, les cavités droites renferment quelques caillots noirâtres.

Les méninges cérébrales sont minces, mais très-injectées; la pie-mère, infiltrée de sang au niveau des convexités des hémisphères s'enlève partout avec facilité; les petites veines qui avoisinent les sinus sont turgescentes et noirâtres. Tout le cerveau est injecté et les portions grises offrent une teinte légèrement rosée. Les ventricules latéraux renferment 30 à 40 grammes d'une sérosité sanguinolente.

Les autres organes n'offrent point d'altérations.

Puisque la camisole est capable de produire des accidents aussi graves chez les malades ordinaires, que ne peut-elle provoquer chez des alcooliques déjà si disposés aux complications pectorales? Mais pourtant, au moment de leurs paroxysmes maniaques, ces malades ne peuvent pas être laissés libres; il faut employer un moyen de contention qui prévienne les accidents et mette, sans gêner ses fonctions, une mesure à l'agitation désordonnée du maniaque alcoolique. Nous employons dans nos services à Sainte-Anne, M. Bouchereau et moi, un maillot qui paraît remplir ces indications.

« Le maillot est en toile et forme en quelque sorte la doublure d'un vêtement en drap pour l'hiver et en étoffe légère pour l'été. Il s'adapte assez exactement sur la surface du corps, sans exercer de pressions en aucun point. Le corsage D est muni de quatre œillets (*r*) de chaque côté, placés deux par deux à la même hauteur pour le passage des cordons (*v*); ceux-ci enlacent le bras et s'attachent derrière lui; ils sont cousus en dedans et restent cachés quand ils ne servent pas (*v'*). La manche E présente, sur la partie externe, deux petits anneaux (*t*) fixés, pour plus

de solidité, sur un ruban (*s*) cousu dans toute la longueur; les cordons (*v*) passent dans ces anneaux qui, en les empêchant de se déplacer, rendent inutile une forte constriction. L'extrémité de la manche est munie d'œillets qui, rapprochés par un cordon, forment un cul-de-sac où se

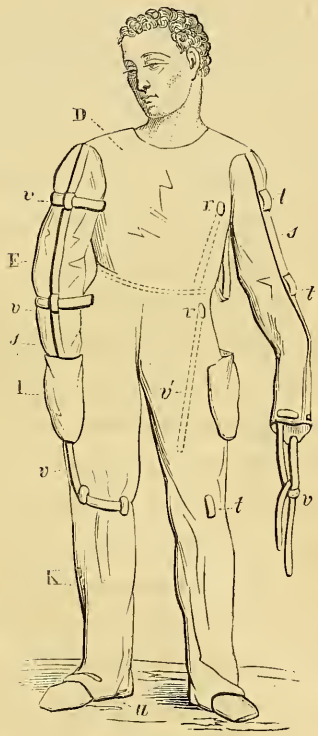


Fig. 6.

loge la main; celle-ci est alors introduite dans la poche I, ouverte à sa partie inférieure pour le passage des liens (*v*) qui enlacent le pantalon et s'attachent en arrière; des anneaux (*t*) leur servent de point d'appui et le sous-pied (*u*) s'oppose à son tour à tout déplacement. Le dos du maillot

ouvert jusqu'à la partie inférieure, vers le périnée, se trouve fermé jusqu'à la ceinture par un cordon passant dans des œillets; le reste est réuni par trois ou quatre boutons, faciles à défaire toutes les fois que les besoins l'exigent.

On ajoute une jupe au maillot des femmes, afin d'éviter ce qu'un tel appareil pourrait avoir de bizarre chez elles. Quand ce maillot est bien fait et bien appliqué, il maintient le malade aussi bien que la camisole, sans avoir l'inconvénient de gêner la respiration ni la circulation. Lorsque le malade est agité, la position des bras sur les côtés du corsage, à l'inverse de ce qui se passe avec la camisole, favorise l'écartement des parois du maillot et rend d'autant plus faciles les mouvements respiratoires. D'autre part, les nombreux points d'appui que prennent les attaches, disséminent les pressions sur de larges surfaces et présentent ainsi de très-grands avantages, non-seulement sur la camisole, mais encore sur les appareils tels que la ceinture d'Haslam avec bracelets latéraux, en apparence plus simple, mais d'une application moins inoffensive. Enfin le maillot constitue un vêtement complet; chaud en hiver, assez léger en été, mais recouvrant toute la surface du corps, il met ainsi à l'abri des accidents sérieux que l'action du froid détermine chez les malades qui, la nuit, malgré une surveillance active, se découvrent, sortent du lit, restent plus ou moins longtemps étendus à terre. »

Le malade ainsi muni d'un maillot peut, sans inconvénients dans la majorité des cas, être laissé pendant le jour, dans une salle avec d'autres malades, ou mieux dans la cour quand le temps est propice; la nuit venue, tou-

jours recouvert du maillot qui a l'avantage considérable de maintenir sur toute la surface du corps une température uniforme, il est placé dans une cellule matelassée, offrant sur le parquet une double couche de paillassons, et renfermant dans un des coins un matelas et un traversin. Cela suffit; mais il va sans dire que le malade, avant d'être placé dans la cellule, a été maintenu sur une chaise percée le temps nécessaire à l'exonération de la vessie et du rectum.

Ainsi installé, notre alcoolique peut s'agiter, crier, se heurter contre les parois, se jeter à terre, il n'y a pas d'accidents à redouter, et plus ses mouvements seront multipliés, plus aussi la circulation sera active, les sueurs abondantes, les respirations larges et nombreuses; dispositions physiologiques, éminemment favorables, on le comprend, au retour à l'état normal. Dans ces conditions, lorsque le malade, harassé par son va-et-vient incessant, par son excessive agitation se laisse aller sur le matelas, on le voit bientôt plongé dans un sommeil profond, tranquille, pendant lequel la respiration se fait amplement et toute la surface du corps se recouvre d'une moiteur produite lentement, uniformément et partout de la même manière. Puis le matin, un bain d'une demi-heure ou d'une heure, débarrassant la peau de tous les produits excrétés, la dispose à poursuivre d'une manière favorable la crise nécessaire.

§ II. — La deuxième indication, éliminer le poison, devient par suite des conditions précédentes très-facile à remplir. Le malade transpire abondamment, respire avec facilité, nous avons donc déjà deux portes largement ouvertes au poison; des boissons délayantes légèrement

apéritives, ou diurétiques, mais surtout très-abondantes, en satisfaisant la soif ardente des malades, ouvrent la troisième voie d'élimination, et les reins, venant en aide à la peau et aux poumons, placent l'alcoolique dans les conditions les plus favorables à l'expulsion de l'agent toxique et aussi à la marche régulière de toutes les fonctions.

§ III. — A l'effervescence, à l'agitation extrême du début, à cette trémulation de tout le corps, succède un collapsus, un épuisement profond qui peut devenir un péril sérieux et menacer l'existence ; il faut donc relever les forces. On aura recours au lait, au bouillon, au chocolat, au café, au vin étendu d'eau, au quinquina, à l'extrait mou de préférence à la dose de 2 à 6 grammes soit en potion avec le sirop d'écorces d'oranges, soit en électuaire associé à la conserve de roses ; on nourrira le malade aussi rapidement que possible ; on donnera des œufs, de la viande, et surtout du jus de viande, toutes les fois qu'un budget administratif ne s'y opposera pas.

L'académie de médecine, à propos de la gravité des lésions traumatiques chez les alcooliques, a eu principalement en vue le *delirium tremens* lié aux maladies intercurrentes et aux traumatismes; et dans cette savante discussion on a généralement accordé peu de crédit à la saignée, au tartre stibié, à la digitale. Au contraire, l'opium à dose modérée, le vin, le café, les toniques d'une manière générale, ont obtenu le plus de suffrages; mais, nous l'avons déjà dit, chaque cas particulier s'impose avec ses indications spéciales et l'on se voit, dans la pratique, forcé quotidiennement d'adapter sa thérapeutique aux exigences du cas particulier.

Nous ajouterons un mot à propos de l'hydrate de chloral dont l'efficacité dans le *delirium tremens* a été si vantée que certains médecins en feraient presque le spécifique de cette maladie. Le chloral trouve assurément son application dans le traitement des maladies mentales, et il peut procurer un repos très-favorable dans la manie, dans la mélancolie avec agitation et insomnie, mais il suffit de se rappeler les propriétés physiologiques de ce médicament, pour en repousser l'usage dans les phases aiguës d'un empoisonnement qui, par lui-même, compromet déjà d'une façon si énergique et la circulation et la respiration. D'ailleurs, en parcourant la plupart des cas de *delirium tremens* guéris par l'hydrate de chloral, on s'aperçoit bien vite qu'il s'agit dans ces guérisons non point de *delirium tremens* fébrile, mais bien de délire alcoolique simple.

CHAPITRE IV

ALCOOLISME CHRONIQUE.

ARTICLE I

SYMPTOMES INTELLECTUELS.

Quand l'intoxication se prolonge, soit d'une façon lente et progressive, soit après plusieurs rechutes avec accidents aigus, il reste souvent, ainsi que le fait remarquer M. J. Falret (1), quelques idées délirantes, des préoccupations hypochondriaques, des illusions et quelquefois même des hallucinations qui reflètent les caractères généraux des troubles sensoriaux et intellectuels des premières périodes, mais sans en avoir ni l'activité ni l'acuité ; les saillies délirantes s'émoussent, les réactions sont moins promptes, moins bruyantes, sans toutefois disparaître complétement. Les alcooliques chroniques, en effet, ne sont pas exempts de délire mélancolique et d'idées de suicide, mais ces troubles, je le répète, vaguement exprimés, ne sont que l'ébauche des accidents produits, au début de l'empoisonnement, dans l'alcoolisme aigu. Enfin chez quelques malades il survient par périodes irrégulières, avec ou sans nouveaux excès, de la turbulence, une excitation semi-maniaque, dans laquelle l'individu chif-

(1) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*, 1853, p. 119.

fonne, déchire ses vêtements, va et vient en tout sens, d'une façon automatique.

Dans cette période chronique de l'intoxication, il intervient un nouvel élément; l'état du sujet est modifié ; la graine est la même, mais le terrain est différent, l'alcool a déjà fait de l'individu un autre individu. Ce n'est pas en vain que l'alcoolique s'est soumis à l'action constante du poison, celui-ci a édifié peu à peu son œuvre. A la longue, on ne voit plus seulement des troubles fonctionnels, des modifications passagères, ne laissant comme traces de leur passage qu'un léger malaise; une action plus profonde s'est produite, la nutrition est altérée dans tous les organes, tous les systèmes, tous les tissus ; la cellule elle-même vit d'une autre vie. Sous l'influence de l'alcool un double processus morbide s'est développé : l'organisme dans son entier a été frappé, comme on le dit, d'une vieillesse précoce, et a subi la dégénérescence graisseuse ; mais la stéatose n'est pas seule, avec elle se produit une tendance aux irritations chroniques diffuses, double processus (sclérose et stéatose) qui devient la caractéristique de l'alcoolisme chronique. Selon la prédominance dans les centres nerveux, de l'une ou de l'autre de ces lésions, nous voyons l'alcoolique chronique marcher vers la démence (stéatose et athérome), ou vers la paralysie générale (sclérose intersticielle diffuse).

Ces altérations organiques, d'ailleurs, se présentent avec les mêmes caractères dans les muscles, les glandes ; et pour le foie, en particulier, on sait que la cirrhose ou la dégénérescence graisseuse sont l'apanage de l'alcoolisme chronique (1).

(1) Lancereaux, article *Alcoolisme*. — *Dict. encycl. des sc. méd.*

Mais revenons aux phénomènes intellectuels. Nous trouvons, dans l'alcoolisme chronique, la mémoire affaiblie, le jugement moins sûr, incapable de discernement, l'imagination éteinte, la faculté d'association des idées très-amoindrie n'empêchant plus l'incohérence, la sensibilité morale enfin très-émoussée.

Apathique, indifférent, hébété, l'alcoolique chronique n'a aucun soin de sa personne, ne prend nul souci de sa famille, il a baissé dans toutes ses facultés intellectuelles, morales et affectives, et se trouve livré sans défense aux caprices de ses appétits instinctifs. C'est à ce moment que l'on peut répéter le vieux proverbe *Qui a bu boira;* le malade y est poussé de diverses manières, sans que la raison apporte le contre-poids suffisant à l'arrêter. Les excès de boissons sont devenus une habitude ; incité, en outre, par ses tendances hypochondriaques, le vieil alcoolisé renouvelle ses excès, pour porter remède à ses maux, reprendre des forces, faire cesser l'incommode pituite du matin. Les résultats de cette médication ne se font pas attendre ; le malaise augmente, de là ce cercle vicieux d'où ne sort le malheureux patient que pour tomber dans la démence la plus absolue.

Dans les dernières périodes, l'intelligence est frappée de nullité ; insensiblement toutes les saillies délirantes disparaissent, les préoccupations hypochondriaques, tous les troubles sensoriaux s'effacent peu à peu. Il survient parfois de la sensiblerie, comme chez les déments séniles ou les apoplectiques, tout autant de symptômes qui sont l'indice de lésions profondes.

ARTICLE II

SYMPTOMES PHYSIQUES.

Les troubles physiques moteurs et sensitifs dont s'accompagne l'alcoolisme chronique sont très-variables et cela doit être, puisqu'ils sont sous la dépendance des deux processus morbides, stéatose et athérome vasculaire, d'une part, et sclérose de l'autre, pouvant l'un et l'autre donner lieu aux déterminations locales les plus diverses. En ce qui concerne le système nerveux, on peut presque toujours distinguer deux ordres de symptômes, les uns particuliers à la moelle, les autres provoqués par les lésions cérébrales, et comme dans d'autres affections du système nerveux, la paralysie générale, par exemple, ces deux ordres d'accidents cérébraux ou médullaires ne suivent pas une marche régulière dans leur développement.

Tantôt les troubles médullaires prédominant feraient croire que toute l'action du poison s'est concentrée à la moelle ; on peut trouver en effet, de très-bonne heure et alors que les troubles intellectuels sont peu accusés, des picotements de la peau, particulièrement de la plante des pieds et des mains, des engourdissements, des fourmillements, des sensations anormales de froid et de chaud, des crampes, de l'hypéresthésie superficielle ou profonde, de l'anesthésie cutanée ou musculaire, de la faiblesse et du tremblement des bras et des jambes, de la paresse des réservoirs contractiles (vessie, rectum, — incontinence ou rétention), il y a, en un mot, tous les phénomènes se rattachant aux myélites diffuses sur les-

quelles M. Hallopeau a attiré l'attention (1). Plus rarement les symptômes observés sont ceux d'une sclérose fasciculée, limitée à des cordons médullaires déterminés, mais, même dans ces circonstances, il est exceptionnel de les voir purs de tout mélange ; avec les signes de la sclérose des faisceaux postérieurs, par exemple, on trouve associés les symptômes propres à la sclérose diffuse, comme chez les deux alcooliques qui ont fini par paralysie générale (Observ. XXV, XXVI).

Mais, outre les scléroses diffuses signalées par les auteurs, il y a encore les lésions dépendant de la stéatose et de l'athérome vasculaire, avec leurs nombreuses localisations dans la substance grise et dans la substance blanche. Ces lésions sont moins connues que les diverses formes de scléroses, ou du moins les rapports qui existent entre elles et les symptômes qu'elles provoquent n'ont pas encore été bien déterminés. Ce sera là, croyons-nous, la seconde phase de l'étude anatomo-pathologique des lésions médullaires dans l'alcoolisme chronique.

Si nous passons maintenant aux troubles cérébraux (moteurs et sensitifs), nous nous trouvons encore en présence de la séméiologie la plus complexe, puisque la stéatose et l'athérome vasculaire d'une part, la sclérose de l'autre, produisent des lésions dans toute l'étendue du cerveau. Nous ne savons pas, en effet, quel est, dans ces circonstances, le symptôme qui pourrait ne pas s'associer à l'alcoolisme chronique. Tout l'encéphale peut être atteint des manières les plus diverses, partiellement ou dans une étendue considérable, par des lésions diffuses ou des lésions

(1) Hallopeau, *Étude sur les myélites chroniques diffuses* (*Arch. gén. de méd.* de septembre 1871 à février 1872).

circonscrites, avec des déterminations locales, brusques, instantanées ou d'une grande lenteur de développement. Au milieu de tous ces symptômes, il en est quelques-uns qui existent chez la plupart des alcooliques chroniques, mais qui néanmoins n'ont pas de caractères spéciaux et peuvent se rencontrer dans d'autres maladies. La céphalalgie, en effet, avec lourdeur et pesanteur de tête, les bourdonnements d'oreilles, les éblouissements, les étourdissements et quelquefois les vertiges sont des symptômes communs de l'alcoolisme chronique; ils s'accompagnent quelquefois d'engourdissements ou de fourmillements dans un bras et une jambe d'un côté, de faiblesse musculaire unilatérale de courte durée. Dans d'autres circonstances, après un malaise plus ou moins prolongé, les alcoolisés chroniques pâlissent, s'affaissent, tombent ou s'assoient et restent plongés une ou plusieurs heures dans un état demi-comateux ou comateux, d'où ils sortent souvent avec une paralysie d'un bras, d'une jambe, d'un côté du corps, de durée et d'intensité très-variables (Observ. XXIII, XXX, etc.). D'autres fois, ils tombent, ou bien déjà couchés à la suite de maux de tête, d'étourdissements, de vertiges qui les ont prévenus en quelque sorte, ils sont pris de petites secousses convulsives, cloniques, circonscrites à un ou plusieurs membres ou généralisées, plus ou moins rapides, plus ou moins accusées, avec ou sans grimaces de la face. Ces convulsions peuvent se succéder cinq ou six fois de suite, se reproduire au bout de quelques jours ou cesser complétement. Il faut remarquer que le malade en conserve le plus souvent le souvenir; que, parfois, il ne perd pas complétement connaissance, que ces attaques surviennent pendant le séjour même à l'asile, dans des con-

ditions hygiéniques d'où sont exclues, en général, les causes d'excitation.

Ces attaques épileptiformes, sous la dépendance, on le sait, des lésions déjà produites dans le cerveau, ne sont nullement comparables aux attaques franches d'épilepsie qui surviennent avec les accidents aigus de l'alcoolisme et qui, le plus souvent, dépendent d'excès récents d'absinthe, quoique dans quelques circonstances, chez les individus adonnés depuis longtemps à cette liqueur, les attaques puissent persister quelque temps après la cessation des excès (Observ. XII).

Magnus Huss, dont le livre est si remarquable sous tant de rapports, n'a pas suffisamment déterminé, à notre avis, la part d'accidents qui doit revenir à la moelle dans l'alcoolisme chronique (1). D'autre part, la division donnée par l'auteur en six formes, ne groupe pas les faits d'une façon vraiment clinique. Voici la division :

1° Forme prodromique;

2° Paralytique ou parésique ;

3° Anesthésique ;

4° Hyperesthésique ;

5° Convulsive ;

6° Épileptique.

Quand on analyse les faits avec soin, on s'aperçoit que beaucoup d'entre eux pourraient, avec autant de raison, appartenir à deux ou trois de ces formes. Ainsi le malade de l'observation XXX pourrait être classé dans la forme paralytique ou la forme anesthésique ; le malade de l'observation XIX entrerait aussi bien dans la forme convul-

(1) Magnus Huss, *Alcoholismus chronicus*, Stockholm, 1852; traduction allemande de Gerhardt van den Busch.

sive que dans la forme anesthésique ou la forme paralytique ; il en est de même de beaucoup d'autres cas. Nous avons pensé devoir faire ces remarques pour un ouvrage justement estimé et dont la valeur ne saurait être contestée.

ARTICLE III

OBSERVATIONS D'ALCOOLISME CHRONIQUE TENDANT A LA DÉMENCE.

Dans les trois faits qui suivent nous voyons l'alcoolisme chronique tendre à la démence. Dans l'observation XXII, l'affaiblissement des facultés a fait surtout des progrès à la suite de l'empoisonnement par le phosphore.

OBSERVATION XXII. — *Habitudes d'ivrognerie ; huit entrées dans les Asiles. — Délire alcoolique à formes maniaque et mélancolique. — Idées d'homicide et de suicide. — Empoisonnement par le phosphore (hémoptysie, purpura). — Affaiblissement intellectuel avec idées de persécution. — Tendance à la démence.*

H. Eugène, 38 ans, sculpteur, avait déjà été traité à Bicêtre, quatre fois en quelques années, pour du délire alcoolique, lorsqu'il a été amené à l'asile Sainte-Anne le 16 mai 1867.

H. buvait du vin et de l'eau-de-vie, mangeait peu, était tourmenté la nuit par des hallucinations pénibles qui persistaient aussi le jour depuis quelque temps, et avaient fait naître des idées de persécution. Il s'imaginait que sa femme voulait se défaire de lui, pour se remarier ; que ses camarades, lui en voulaient, et cherchaient à lui nuire ; qu'on l'accusait de vol, d'assassinat.

A son entrée, il refuse de répondre, il se promène silencieux, la tête baissée, se retournant parfois, regardant de différents côtés. Par moments ses traits se contractent, il s'arrête et regarde d'un air courroucé ; tout à coup, il s'élance contre la porte, la tête la première.

Les mains sont tremblantes, la langue blanche, le pouls régulier dépressible, 76 pulsations.

Traitement : Une bouteille d'eau de Sedlitz ; 2 pots de limonade citrique ; bain.

La nuit se passe sans sommeil. Il se lève, frappe contre les portes, crie, menace par moments.

17 mai. Même délire; persistance des hallucinations ; même attitude. Le malade boit et mange sans difficulté.

Traitement : Bain.

2 pots de limonade citrique.

H..... dort quatre heures pendant la nuit; le matin, il paraît moins concentré et répond quelques mots d'un ton bref, se rapportant à des hallucinations pénibles. Ce n'est qu'au cinquième jour qu'il raconte qu'on lui en veut, qu'on cherche à lui faire du mal, qu'on le menace et le poursuit sans cesse. Il se plaint de douleur de tête et d'engourdissement dans les membres.

A partir de ce moment, l'amélioration se continue, et le malade sort au bout de trois mois.

Une fois dehors, il reprend son travail, mais aussi ses habitudes d'ivrognerie. Les hallucinations et le délire ne tardent pas à reparaître et H..... est arrêté dans la rue, armé d'un couteau, poursuivant les passants. On le ramène à l'Asile le 24 octobre 1867.

Il est effrayé, se baisse, cherche à se cacher ; on veut le tuer, dit-il, des individus le menacent, on lui tire des coups de fusil. Au bout de quelques jours, les hallucinations sont moins fréquentes, et tendent à disparaître, mais il reste du malaise cérébral, un peu d'hébétude, avec des idées de persécution; la convalescence s'établit lentement et H.... reste à l'Asile jusqu'au 8 mai 1868.

De retour chez lui, il se repose quelques jours avant de reprendre son travail; sa femme prétend qu'il était tranquille, et relativement sobre, qu'il n'avait plus d'idées délirantes et que pendant une quinzaine tout s'était bien passé; il avait toutefois des étourdissements, se plaignait de l'estomac et mangeait peu.

Vers le 20 mai, le sommeil s'est troublé, le délire est revenu. H..... se voit poursuivi par des sergents de ville; on doit le guillotiner; on lui dit que sa femme l'abandonnera. Il sort de chez lui, rôde dans les rues, devient quelquefois

menaçant pour sa femme et paraît en proie à une inquiétude de plus en plus vive.

Le 27 mai, au matin, il avale successivement trois demi-verrées d'eau dans laquelle il avait laissé macérer pendant quelques minutes une demi-livre, environ, d'allumettes (renseignement donné plus tard par le malade qui était seul chez lui à ce moment). Dans la journée, il ne sort pas, boit de la tisane sans prévenir sa femme de ce qu'il avait fait. La nuit est mauvaise, les hallucinations sont incessantes, on lui lance des flèches, on veut l'assassiner, on veut l'arrêter. H... se calme un peu le matin, et son fils s'aperçoit qu'il avale une nouvelle macération d'allumettes. Dans la journée, il est dans un état d'excitation extrême, il entend de tout côté des injures et des menaces; il enferme sa femme dans la chambre, lui annonce qu'elle va mourir avec lui, et essaye de l'étrangler.

H... entre à l'Asile le 29 mai; il est très-halluciné, on l'accuse d'assassinat, on va le mettre à mort; on l'injurie; la police vient le chercher; on prépare une chaudière pour l'y plonger, etc. Il est couvert de sueur; les bras et les jambes tremblent; il se sent faible, courbaturé, toutefois sans tendance à la syncope; l'épigastre est sensible à la pression; pas de nausées ni de vomissements; ecchymose conjonctivale de l'œil droit; crachats sanguinolents; pas de râles dans les poumons; les bruits du cœur s'entendent bien, le premier bruit est un peu rude; les urines sont claires, ne présentent pas traces de sang; la chaleur et l'acide azotique n'y montrent pas d'albumine, la liqueur de Bareswill n'y décèle pas de sucre.

Traitement : Un litre d'eau albumineuse.

Un pot de bouillon.

Vin de quinquina, 125 grammes, avec 30 grammes de sirop d'écorces d'oranges.

30 mai. Hallucinations persistantes : on le menace; on veut le tuer, à chaque instant on le lui répète, il voit des gens armés qui pénètrent dans la chambre.

Tremblement marqué des mains.

Ecchymoses conjonctivales des deux yeux; à droite la muqueuse est soulevée au niveau du cul-de-sac inférieur;

la face et plus particulièrement les régions fronto-temporales sont couvertes d'un pointillé ecchymotique analogue aux pétéchies; par places, les taches sont plus étendues et sur les lèvres on en voit deux du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Pas de nausées; l'épigastre est peu douloureux; tympanite avec résonnance de tout l'hypochondre gauche; quelques borborygmes, sans douleur, on ne perçoit rien de particulier du côté du foie; selles dures, sans traces de sang, l'urine examinée au microscope n'offre ni globules de sang, ni cellules graisseuses ni tubes; elle ne renferme ni albumine ni sucre.

Respiration normale, régulière; quelques râles disséminés en arrière dans la moitié supérieure du poumon droit; matité ni souffle nulle part. Premier bruit du cœur prolongé à la pointe, rien à la base, rien aux carotides; pouls régulier, petit, 80 pulsations. Le sang obtenu par une piqûre faite au niveau d'une ecchymose, examiné au microscope, paraît normal.

Traitement : Eau albumineuse.

Vin de quinquina.

31 mai. Même délire pendant le jour; même état général; nouvelles ecchymoses sur les côtés du cou.

La nuit est très-agitée. Il se lève, refuse de se mettre au lit; on veut l'étouffer, il voit faire tous les préparatifs; interdit à qui que ce soit d'approcher.

1er juin. Il est plus calme, mais les idées délirantes continuent. Il n'accuse aucune souffrance. Le pouls est petit, régulier : le premier bruit du cœur paraît toujours prolongé à la pointe.

Les ecchymoses du front ont un peu pâli, les ecchymoses conjonctivales sont d'un rouge rutilant. Les crachats ne sont plus mêlés de sang; la respiration est facile, normale. L'épigastre est à peine sensible. Constipation.

Traitement : Eau albumineuse.

Vin de quinquina, un lavement émollient.

3 juin. Hallucinations : il entend dire qu'on va tirer des coups de fusil; on ne le laisse pas tranquille, on l'accuse toujours.

Les ecchymoses du front continuent à s'effacer; celles des

conjonctives sont moins rouges ; il ne s'en produit pas de nouvelles. Même traitement.

5 juin. H... est plus calme le jour ; les hallucinations sont moins fréquentes, mais le délire persiste. L'état général est bon; les ecchymoses tendent à s'effacer. Même traitement.

15 juin. H.... se lève dans la journée, est tranquille, mais conserve les idées de persécution.

Les ecchymoses disparaissent peu à peu ; teinte sub-ictérique de toute la peau. La région hépatique n'offre rien de particulier.

Juillet. Le malade est tranquille et s'occupe, mais son intelligence est obscure, les idées de persécution restent, et les hallucinations se montrent encore la nuit.

Les ecchymoses ont disparu.

Septembre. H.... dont le niveau intellectuel a un peu baissé, conserve encore ses idées confuses de persécution; il a pendant la nuit des hallucinations de l'ouïe et de la vue à caractère pénible.

La santé générale est bonne ; la peau conserve une teinte sub-ictérique. Il ne survient pas de changements notables jusque vers le mois de mai 1869; à ce moment H... dort mieux, est moins triste, s'occupe plus volontiers, mais il a encore des idées délirantes, que l'on découvre assez facilement dès que la conversation roule sur les sujets qui l'avaient le plus vivement préoccupé. On remarque, en outre, une certaine paresse et une certaine lenteur dans les conceptions.

Le malade sort amélioré mais non guéri le 29 juillet 1869.

Rentré chez lui, il ne discontinue pas les excès de boisson ; les hallucinations et le délire reviennent avec une nouvelle intensité ; il crie, vocifère, menace de mort et d'incendie et rentre pour la huitième fois à l'asile le 24 octobre 1869. A son arrivée, il est agité, il entend des individus qui le menacent, il aperçoit des sergents de ville qui le poursuivent, et veulent l'arrêter ; on veut le faire disparaître, etc.

Malgré l'agitation, on peut néanmoins fixer facilement son attention, et obtenir quelques réponses.

Les mains sont tremblantes, il dort quatre heures pendant la nuit ; le lendemain, les hallucinations sont moins fréquentes.

Céphalalgie; étourdissements; crampes dans les membres. Tremblement des mains.

Au bout d'un mois les hallucinations ont disparu presque complétement, mais l'intelligence est affaiblie, la mémoire peu précise; des idées confuses de persécution persistent et roulent sur le même sujet.

Etourdissements, engourdissement et crampes dans les jambes.

Au mois de mai 1870, H.... s'évade de l'Asile où il est ramené deux jours après dans un état complet d'ivresse, qui est bientôt suivi d'une violente agitation.

Pendant cinq jours il crie, gesticule, est effrayé, se défend ou injurie; puis devenu tranquille, il s'offre de nouveau avec de l'affaiblissement de l'intelligence et des idées confuses de persécution; des maux de tête, des étourdissements et des crampes dans les bras et les jambes. Au mois d'août il est envoyé dans un asile de province.

On peut suivre dans cette observation la marche progressive de l'intoxication alcoolique, et son action de plus en plus profonde sur l'organisme. A mesure que les rechutes se multiplient, on voit persister après la disparition des accidents aigus ou sub-aigus de l'empoisonnement, un malaise cérébral, une torpeur intellectuelle que remplace un peu plus tard un véritable affaiblissement des facultés; après la huitième entrée, nous trouvons, en effet, une tendance marquée à la démence, avec des phénomènes physiques qui font craindre l'existence de lésions déjà profondes; lésions sollicitées à la fois par l'intoxication alcoolique et l'intoxication phosphorée. H... s'est ainsi acheminé peu à peu vers l'alcoolisme chronique.

L'empoisonnement par le phosphore a présenté chez notre malade quelques particularités assez notables; sans parler de sa terminaison favorable qui est déjà un fait exceptionnel, nous avons vu dès le troisième jour des

crachements de sang, avec des ecchymoses conjonctivales et cutanées qui, après avoir augmenté pendant trois jours et fait craindre une terminaison fâcheuse, se sont effacées lentement pour disparaître sans autres accidents. Dans la forme hémorrhagique de l'empoisonnement par le phosphore, M. Tardieu (1) signale, comme pouvant se produire dès les premiers jours, des vomissements fournis par du sang pur, des selles liquides sanguinolentes ; mais les ecchymoses cutanées, les pétéchies n'arrivent généralement qu'au bout de trois semaines à un mois, au moment où les hémorrhagies multiples prennent toutes les voies. L'apparition hâtive des hémorrhagies cutanées a sans doute été favorisée, chez notre malade, par les altérations anatomiques préexistantes des capillaires, altérations analogues à celles de l'empoisonnement par le phosphore ; mais, en admettant cette hypothèse, nous avouons n'être pas entièrement satisfait, puisque la dégénérescence graisseuse chez les alcooliques chroniques s'empare de tous les capillaires de l'économie, et que chez notre malade les capillaires de la face et du cou sont plus particulièrement le siége de l'extravasation sanguine.

Observation XXIII. — *Oncle aliéné. — Accidents convulsifs dans l'enfance. — Depuis 25 ans, abus de vin, d'eau de vie et d'absinthe. — Depuis 20 ans plusieurs accès de délire alcoolique avec attaques d'épilepsie et vertiges. — Affaiblissement intellectuel, idées hypochondriaques ; tendance à la démence. — Troubles moteurs et sensitifs plus marqués à gauche ; hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens.*

G.... Louis, 43 ans, menuisier, entre le 17 février 1872 à Sainte-Anne pour la quatrième fois, après avoir déjà été traité

(1) Tardieu, *Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement.* Paris, 1867, p. 436.

plusieurs fois dans les hôpitaux ordinaires pour des accidents alcooliques. Son oncle paternel a été aliéné, il est mort à Bicêtre, après un séjour de quinze années. Le père, homme sobre, jouissant d'une bonne santé, est mort accidentellement en 1848. La mère est bien portante et vit aujourd'hui dans un asile de la vieillesse.

G...., assez intelligent étant enfant, allait à l'école et apprenait facilement ; de douze à seize ans, il aurait eu des maux de tête, des étourdissements, des vertiges et même des pertes de connaissance, accidents pour lesquels on aurait eu recours aux applications de sangsues à l'anus. A dix-sept ans, après avoir travaillé un an avec son père, il commence son tour de France ; de cette époque datent les premiers excès de boissons. En 1848, il perd son père et se trouve alors plus libre pour satisfaire son goût des liquides spiritueux. En 1851, âgé de 22 ans, après avoir été exempté du service militaire comme fils de veuve, il s'engage, entre dans la musique et est envoyé en Afrique. Au vin et à l'eau-de-vie, il ajoute l'absinthe dont il boit parfois des quantités considérables. Il devient sombre, inquiet; la moindre opposition l'irrite, il dort mal, les rêves, les cauchemars l'agitent et le fatiguent. Il éprouve des vertiges et il tombe à plusieurs reprises, perdant subitement connaissance, se débattant, se mordant la langue et urinant quelquefois dans le pantalon. *Plusieurs de ses camarades avaient*, dit-il, *des attaques comme lui et souvent ils buvaient à trois ou quatre une bouteille d'absinthe dans une journée.* En 1854 il contracte la syphilis qui, après un chancre induré de la verge, se traduit par une roséole, des céphalées, des douleurs ostéocopes, une éruption papuleuse, des onyxis, des exostoses et une iritis gauche. Dans la même année il est pris d'accès de fièvre intermittente. Affaibli par les maladies, il cherche un remède dans l'eau-de-vie et l'absinthe dont il use largement. Il éprouve de fréquents maux de tête, des éblouissements, des engourdissements, des tremblements, des crampes dans les bras et les jambes, des vertiges et des attaques surtout quand les excès sont plus fréquents. De 1858 à 1868 où il revient en France, il entre plusieurs fois à l'hôpital, et chaque fois, il tremblait, dit-il, de tous les membres, il avait des visions, voyait des lions, des chats,

des chiens, des arabes armés ; après quelques semaines de repos, il rentrait au régiment pour recommencer son genre de vie.

Un fait assez important à noter, c'est l'existence à cette époque, pendant une quinzaine de jour, d'une faiblesse très-marquée des deux jambes, suivie pendant plusieurs mois d'engourdissements et de crampes.

De retour à Paris, il travaille à la menuiserie sans abandonner les habitudes d'ivrognerie ni sa prédilection pour l'absinthe. Dans le courant de 1869 il entre deux fois à l'hôpital Necker, avec des tremblements et des hallucinations. Enfin le 14 janvier 1870 il est amené à Sainte-Anne. Il a l'aspect hébété, par moments il est effrayé, il voit des animaux, des ours qui grossissent et s'approchent pour le dévorer ; il voit des femmes, des enfants arabes armés de poignards qui veulent l'assassiner ; il aperçoit des chatset des rats. En l'interpellant on peut fixer son attention, mais les réponses sont confuses et les facultés paraissent affaiblies.

Céphalalgie, étourdissements. Tremblement considérable des mains, frémissements musculaires des bras et des jambes et, par moments, de la face. Pas de chaleur à la peau; pouls 76 régulier ; langue saburrale, douleurs à l'épigastre.

Traitement : Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Deux pots de limonade citrique.

La nuit est troublée par des hallucinations ; mais dès le lendemain il est calme.

Céphalalgie frontale, éblouissements et vertiges, engourdissement des membres, crampes dans les mollets ; légère anesthésie cutanée des jambes.

G.... est envoyé dans un asile agricole où il reste jusqu'au 14 avril 1870.

De retour à Paris, nouveaux excès et consécutivement hallucinations, délire, attaques épileptiques.

Il est ramené à Saint-Anne le 10 mai 70.

Il se présente sous le même aspect qu'au mois de janvier ; il est hébété, répond très-confusément aux questions qu'on lui adresse, et par moments, il s'excite et s'effraye sous l'influence des hullucinations. Au bout de trois jours, il est plus tranquille, se rend mieux compte de sa situation, il raconte

qu'après avoir bu, il a erré à l'aventure et s'est trouvé le lendemain couché dans un tombereau, ignorant comment il y était venu.

Il éprouve fréquemment des vertiges, il a eu, depuis sa dernière sortie, deux attaques avec perte de connaissance, convulsions, morsures de la langue et évacuations involontaires. G.... est envoyé dans un autre asile où il reste près de deux mois, après lesquels il sort pour s'engager pendant la durée de la guerre. Il a servi dans l'armée de la Loire au 2e lanciers.

Cette période paraît marquer un arrêt dans ce long empoisonnement, soit par sentiment du devoir, soit que les occasions aient manqué, G.... a fait preuve d'une sobriété relative. La paix signée, il quitte le régiment et rentre à Paris ; sa sombre histoire recommence, il boit de nouveau, il est pris de délire et ramené à Sainte-Anne le 26 juillet 1871.

Il est triste, paraît accablé, il entend, par moments, des paroles injurieuses, il a vu la nuit précédente un homme couper la tête à trois femmes ; il voyait des lumières, des oiseaux, des animaux qui grossissaient.

Pesanteur de tête, étourdissements, engourdissements dans les membres, faiblesse des jambes, dès qu'il reste assis quelque temps, il se relève avec peine et éprouve une grande lassitude au niveau des genoux : crampes dans les mollets, une épingle plantée dans la peau provoque peu de douleur ; la température est perçue d'une façon normale sur toute la surface du corps.

G.... travaille quelques heures par jour à l'atelier de menuiserie : il mange avec appétit, dort bien, mais ses facultés sont affaiblies. Au commencement de février 1872 il sort de l'asile où il est ramené deux semaines après.

Il a profité des quelques jours de liberté pour se dédommager de la longue abstinence de boissons alcooliques à laquelle l'avait contraint sa dernière séquestration. Le jour même de la sortie il boit quatre verres d'absinthe ; le lendemain, il en prend le double et arrive ainsi à une dose quotidienne, de quinze à vingt verres. Il a eu le dernier jour une attaque d'épilepsie, il a été trouvé pendu par les jambes aux barreaux de l'escalier.

Cette fois encore se sont montrées des hallucinations ; il voyait des chiens courir après lui et le mordre ; il apercevait

des figures grimaçantes qui grossissaient et diminuaient ; des échafaudages qui se détachaient et tombaient autour de lui.

Tremblement des mains ; sentiment de courbature dans les coudes et les genoux, crampes dans les mollets, fourmillements à la plante des pieds.

Au bout de quelques jours les accidents produits par les derniers excès ont disparu, et G... se présente avec des troubles physiques et intellectuels qui dénotent des lésions déjà profondes.

Les facultés sont affaiblies ; la mémoire est peu précise; dans le récit qu'il fait des nombreux accidents qu'il a éprouvés, il donne des dates erronées, se contredit, raconte plusieurs fois les mêmes choses ; il est apathique, indifférent, il convient volontiers que sa conduite est blâmable, mais il est loin de l'apprécier à sa juste valeur. Il a des idées hypochondriaques, se préoccupe, outre mesure, de malaises insignifiants ; il dort mal, il a de fréquents cauchemars, des frayeurs, des rêves pénibles.

Lourdeur de tête avec sentiment de bandeau sur le front, battements dans les tempes, bourdonnements d'oreilles ; engourdissements des membres ; secousses isolées et irrégulières dans quelques groupes de muscles, aux bras et surtout aux jambes.

Quelquefois crampes très-douloureuses ; fourmillements à la plante des pieds : à plusieurs reprises, engourdissements et fourmillements dans le côté gauche. Le bras est un peu plus faible ; la sensibilité émoussée sur toute la surface du corps est plus obtuse dans le côté gauche, les piqûres d'épingle, le pincement, le châtouillement y sont bien moins perçus que du côté droit. De temps à autre il survient des vertiges ; il n'y a pas eu toutefois d'attaques d'épilepsie depuis la dernière entrée.

Avec le repos, la vie régulière de l'asile, la cessation des excès, la santé de G... s'est, au bout de six mois, suffisamment améliorée pour qu'il puisse faire quelques ouvrages de menuiserie mais sans l'habileté, ni l'activité d'autrefois. Appétit assez bon ; sommeil troublé de temps à autre par des rêves et des cauchemars ; céphalalgie, étourdissements, crampes dans les membres.

Au commencement de 1873, l'amélioration se maintenant, le malade est rendu, à titre d'essai, à la liberté.

Une fois livré à lui-même, G... recommence les excès, se fait renvoyer des ateliers et emploie à boire l'argent qu'il parvient à se procurer. Il rentre à Sainte-Anne le 9 mai 1873. Il est obtus, hébété, les facultés sont notablement affaiblies; il est assailli la nuit par des hallucinations : il voit des soldats, des hommes armés de bâtons, des figures humaines, des têtes d'ours, de diables, qui grossissent et se rapetissent en changeant de couleur; il entend des coups de fusil.

Tremblement des mains; étourdissements, crampes dans les membres.

Il paraît avoir été frappé par une attaque épileptique, sa langue est profondément mordue, il n'a aucune conscience de ce qui s'est passé.

L'hémiplégie est très-accusée ; il se tient moins bien sur la jambe gauche, la main droite arrive à la 50e division du dynamomètre, la gauche à la 26e seulement. La sensibilité est également affaiblie à gauche, il sent à peine les piqûres d'épingle, apprécie mal la température des corps, il sent toutefois le souffle sur la main et le bras. Du côté droit il perçoit exactement les divers modes d'impression. Il a dans tout le côté gauche une sensation de froid qui, par instants, l'incommode, toutefois à l'aide du thermomètre, on ne trouve entre les deux mains qu'une différence de 1/10 de degré au détriment de la main gauche.

L'oreille droite entend à 50 centimètres les battements d'une montre, ceux-ci ne sont perçus qu'à 10 centimètres par l'oreille gauche.

L'acuité de la vision est moindre à gauche, les couleurs sont également moins bien reconnues de ce côté, mais une iritis ancienne s'ajoute à l'hémianesthésie pour troubler la vision à gauche, et il est difficile de faire la part exacte de l'une ou l'autre de ces deux causes pathologiques.

La narine gauche ne sent ni l'eau de fleurs d'oranger ni le camphre; le vinaigre provoque une sensation mal déterminée; du côté droit ces substances sont facilement reconnues. Le côté gauche de la langue ne perçoit ni le sel ni la coloquinte qui sont parfaitement et rapidement sentis à

droite. Le malade s'est aperçu, lui-même en mangeant, de la perte du goût du côté gauche. La muqueuse buccale est anesthésiée à gauche, la titillation du voile du palais et de la luette de ce côté ne provoque pas de nausée. La sensibilité est également très-affaiblie dans la narine, le conduit auditif externe et la conjonctive du côté gauche.

Le malade tousse depuis quelques mois, et l'on trouve de la sub-matité et des craquements au sommet du poumon gauche.

L'hémiplégie et l'hémianesthésie s'améliorent peu à peu, mais il reste des étourdissements avec des engourdissements et des crampes plus marqués du côté gauche.

Le malade continue à tousser, il a craché du sang à plusieurs reprises.

Le 4 novembre 1873, G... s'évade de l'asile ; à peine dehors, il se met à boire et, dès le lendemain, il est ramassé ivre-mort dans la rue.

Il est ramené à Sainte-Anne dans un état de profonde hébétude qui toutefois se dissipe assez vite, il est honteux de sa conduite et devance les reproches qu'on pourrait lui adresser. Le sommeil est troublé pendant deux jours par des rêves et des cauchemars. L'hémiplégie et l'hémianesthésie du côté gauche semblent aggravées, la main droite arrive au 43e degré du dynamomètre et la main gauche au 30e, la jambe gauche est également plus faible. Les piqûres d'épingle sont à peine senties du côté gauche, le souffle, au contraire, est perçu de même que la température, mais moins bien, toutefois, qu'à droite. La muqueuse buccale et nasale, la conjonctive le conduit auditif externe sont anesthésiés à gauche, de l'autre côté le malade sent le plus léger contact.

La narine gauche ne peut reconnaître l'eau de fleurs d'oranger, l'essence de menthe, le camphre, le musc; à droite, au contraire, ces substances sont immédiatement désignées par leur nom.

Le côté gauche de la langue distingue les saveurs beaucoup plus lentement et moins nettement que le côté droit.

L'oreille gauche entend les battements d'une montre à 15 centimètres, ceux-ci sont entendus à 60 centimètres du côté droit.

La vue est aussi affaiblie du côté gauche.

Etourdissements, éblouissements, sifflements dans les oreilles; engourdissement des membres plus marqué du côté gauche.

Traitement : Limonade vineuse; potion avec 2 grammes d'extrait mou de quinquina; une pilule d'Anderson tous les deux jours.

G. n'est pas un alcoolique simple, c'est un malade prédisposé, et que nous avons rangé parmi les alcooliques chroniques, à cause des symptômes déjà graves qu'il présente et qui ne semblent guère offrir des chances de guérison. Son oncle était aliéné, et il a eu lui-même de 12 à 16 ans des accidents convulsifs, sur lesquels nous n'avons pas pu avoir de renseignements précis.

A 17 ans G... commence à faire des excès, mais c'est principalement à partir de 23 ans, en Afrique, que les abus d'eau-de-vie et d'absinthe deviennent excessifs. Il ne tarde pas à éprouver des accès de délire alcoolique, des vertiges et des attaques d'épilepsie qui deviennent d'autant plus fréquentes que les excès sont plus nombreux. Chez ce malade n'accordant aux excès de boissons qu'une action purement excitante, on pourrait attribuer à une influence héréditaire les attaques épileptiques. Il est probable, en effet, que celle-ci a exercé une certaine influence dans le développement des crises convulsives, mais les abus d'absinthe sont trop immédiatement suivis d'attaques pour ne pas leur laisser la plus large part de responsabilité. Cette observation d'ailleurs est surtout importante au point de vue de la marche des accidents; nous voyons l'intelligence baisser peu à peu et parallèlement apparaître des troubles physiques de plus en plus accusés. Les accidents moteurs et sensitifs qui se sont manifestés à plusieurs reprises du

côté des membres inférieurs, permettent de penser à un travail d'irritation chronique de la moelle (sclérose diffuse), d'autre part la faiblesse persistante du côté gauche du corps avec l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens fait craindre une lésion (probablement hémorrhagie ou ramollissement) dans l'hémisphère droit. Avec ces conditions organiques, le pronostic, on le conçoit, devient des plus graves.

Observation XXIV. — *Habitudes anciennes d'ivrognerie. — Affaiblissement intellectuel; céphalalgie, étourdissement, crampes; 2 attaques épileptiformes. — En* 1866, *premier accès de délire alcoolique enté sur l'alcoolisme chronique. — De cette époque à* 1872 *il entre à la suite d'excès, huit fois dans les asiles, avec des accidents sub-aigus entés sur l'alcoolisme chronique. — Tendance marquée à la démence.*

A..... François, tanneur, âgé de 47 ans, se livre à la boisson depuis des années, il consomme plus particulièrement du vin blanc et de l'eau-de-vie; fréquemment, il éprouve des maux de tête, des étourdissements, des crampes dans les mollets; les facultés intellectuelles et la mémoire se sont affaiblies d'une manière notable. D'après sa femme il aurait été frappé subitement en 1860 de deux attaques convulsives, qui ne se sont pas reproduites.

En 1866, on l'a traité dans une maison de santé pendant six semaines pour un accès de délire alcoolique.

Le 17 mai 1867, il entre pour la première fois à Sainte-Anne; il est excité, tient des propos incohérents, s'anime par moments, frappe et brise; il accuse de la céphalalgie, des éblouissements, des douleurs d'estomac, de la pituite.

Depuis une quinzaine son sommeil est difficile et interrompu par des hallucinations. Il cherche à repousser des rats, des chats qui sautent sur son lit; s'imagine que sa chambre est remplie de fumée, de brouillards; se plaint à tout instant d'apercevoir des lueurs, des flammes, des étincelles; l'excitation redouble la nuit; elle semble liée à des frayeurs dont il ne peut faire connaître le mobile.

Transféré dans une autre maison, il y passe quelques semaines, seulement. Il sort, fait encore des excès et rentre à Sainte-Anne le 9 septembre 1867.

Sa mémoire exacte pour les événements anciens se trouve souvent en défaut sur les faits récents.

Ce qui domine, c'est un sentiment vague de crainte et de tristesse ; la vue d'un enfant ou d'un chien lui inspire la pensée que l'un va lui jeter une pierre, et l'autre le mordre. Quand il entend sonner une cloche, il songe de suite à son enterrement ; la vie lui est devenue à charge, il manque d'énergie et d'initiative ; fréquemment des idées de suicide se présentent à son esprit, mais la force nécessaire pour les mettre à exécution lui fait défaut.

La nuit, les frayeurs augmentent, le sommeil est troublé sans que le souvenir d'hallucinations un peu distinctes lui reste à son réveil.

Il a un tremblement marqué des mains, des lèvres et de la langue.

Il sort amélioré après avoir été traité dans un asile agricole pendant plusieurs semaines. Il revient à Sainte-Anne pour la troisième fois au commencement de juin 1868.

Ses nuits sont remplies par des hallucinations terrifiantes : « on veut lui faire du mal, on cherche à le tuer ». Sous l'influence d'idées de ce genre, il s'était mis à genoux au milieu de la cour d'un abattoir dans lequel il travaillait, se disant condamné à mort, et implorant sa grâce.

Le délire est moins actif le jour que la nuit, les hallucinations pénibles l'inquiètent ; il voit des figures étranges, des têtes de mort.

On note des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles ; des crampes dans les mains, dans les jambes ; des picotements sur diverses régions de la peau.

Tremblement considérable des mains.

La vue s'affaiblit ; le cristallin de l'œil droit commence à devenir opaque, tandis que celui de l'œil gauche est normal. Atrophie choroïdienne péripapillaire des deux côtés.

Traitement : Bain ; aloès ; vin de quinquina.

5 juin. Les hallucinations ont été assez nombreuses pen-

dant la nuit; il entendait et voyait des gens qui le menaçaient.

9 juin. Pour occuper ses journées il cherche à lire; ses yeux suivent les caractères sans qu'il puisse rien retenir.

19 juin. Le sommeil a été très-troublé; on prononce autour de lui des mots qu'il ne comprend pas; il est entouré de têtes de mort.

Les mains, la langue, tremblent toujours beaucoup.

29 juin. Les hallucinations ont cessé; il reste de la douleur, par moments des crampes dans les membres. Au dynamomètre la main droite arrive à la 39e division, la main gauche à la 42e; pour ses travaux habituels il emploie la main gauche.

On l'envoie dans un asile, où il passe quelque temps, puis rentre pour la quatrième fois le 27 mai 1869.

Il est légèrement excité avec quelques hallucinations confuses, les facultés intellectuelles et la mémoire ont beaucoup baissé. Mécontent de lui-même et des autres, il a parlé de mettre fin à ses jours, de tuer sa femme, sans cependant manifester sa volonté par un acte quelconque.

Cinquième entrée le 4 août 1871.

L'intelligence paraît s'être affaiblie de plus en plus, il devient incapable de travail, d'initiative, ses idées sont confuses, il ne manifeste que d'une façon assez obscure ce qu'il éprouve physiquement ou intellectuellement.

Sorti le 11 juin de l'asile où il avait été transféré, il est séquestré pour la sixième fois à Sainte-Anne le 27 septembre 1871.

A ce moment on constate l'existence de quelques hallucinations pénibles, la nuit il est entouré de fantômes, d'apparitions et de tableaux effrayants, il éprouve des crampes, des picotements sur tout le corps.

Sorti depuis quinze jours, il est ramené pour la septième fois, le 6 juin 1872.

Il était allé à la campagne, mais il s'était remis immédiatement à boire du vin blanc, des liqueurs. Pris de désespoir à la pensée de ses souffrances physiques, au souvenir des hallucinations pénibles qui troublent fréquemment ses nuits, on le voit pleurer sans pouvoir obtenir de lui que cette

réponse : il est un misérable, indigne de vivre, indigne qu'on s'occupe désormais de lui donner des soins. Ses souffrances physiques ont augmenté et paraissent très-intenses ; par moments douleur vive au creux épigastrique avec crampes très-pénibles, revenant par accès ; pituite, perte de l'appétit. Il se tient à l'écart, parle peu, et provoqué à s'expliquer il se contente de gémir. L'intelligence n'a fait que s'affaiblir ; parvenu à l'âge de 52 ans, R..... donne des signes de démence avancée.

R... est un alcoolique devenu chronique ; son délire, ses hallucinations se rapprochent des cas les plus ordinaires.

Dans les premiers temps, l'amélioration est rapide après quelques semaines de séquestration et un traitement très-simple. Les divers médecins qui le traitent, voyant le délire disparaître, consentent à le rendre à la liberté. De nouveaux excès le ramènent chaque fois, jusqu'à sa dernière entrée où il se présente, dans un état de démence avancée, avec trouble gastrique, trouble de la motilité indiquant des lésions organiques, résultat fatal de longues années d'excès alcooliques.

ARTICLE IV

OBSERVATIONS D'ALCOOLISME CHRONIQUE TERMINÉ PAR PARALYSIE GÉNÉRALE.

Les auteurs ne manquent pas d'assigner une place importante à l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, et ce que nous avons dit de l'action prolongée des boissons alcooliques sur l'économie animale explique l'acheminement, dans certains cas, de l'alcoolisme

vers la paralysie. Ce passage ne se fait pas d'un seul coup, il y a une période intermédiaire, période de transition quelquefois très-longue, difficile à bien déterminer et qui tient en suspens le diagnostic; l'Observation XXVIII en fournit un bel exemple.

Dans ces cas, nous l'avons vu, à la dégénérescence graisseuse des organes, à l'athérome vasculaire, vient s'ajouter la sclérose interstitielle diffuse, et cette inflammation chronique des enveloppes et du tissu interstitiel n'agit pas exclusivement sur le cerveau; d'autres organes, la moelle, le foie, les reins le cœur peuvent en être également le siége.

Les quatre Observations suivantes suffiront, croyons-nous, à donner une idée des cas d'alcoolisme chronique aboutissant à la paralysie générale. Dans les Observations XXV et XXVI, nous trouvons simultanément une cirrhose hépatique et une myélite interstitielle diffuse, avec localisation plus accentuée sur les cordons postérieurs. Dans les Observations XXVII et XXVIII, après plusieurs accès de délire alcoolique simple, l'affaiblissement des facultés, quelques troubles nouveaux du côté de la motilité, font reconnaître que la maladie entre dans une nouvelle phase, et cette période de transition conduit définitivement à la paralysie générale. L'autopsie, avec les dégénérescences graisseuses des organes, fait voir les traces multiples de l'inflammation chronique.

Observation XXV. — *Excès alcooliques.— Troubles cérébraux. Troubles médullaires, de date éloignée. Paralysie générale, avec désordres ataxiques des membres inférieurs. — Autopsie. — Lésions de la paralysie générale; myélite interstitielle diffuse avec localisation sur les cordons postérieurs. — Lésions organiques de l'alcoo-*

lisme chronique. Dégénérescence graisseuse du cœur, des artères et des reins ; cirrhose hépatique.

V.... Jules, 50 ans, ancien militaire, entre à sainte-Anne le 8 juin 1868.

Depuis longtemps habitudes alcooliques.. Il y a dix ans, accès maniaque avec hallucinations pénibles et idées de suicide; à partir de ce moment changement de caractère, emportements, violences quelquefois; plus tard et à une époque que l'on ne peut préciser, céphalalgie, étourdissements, crampes dans les mollets, puis lourdeur des jambes et difficulté de la marche.

En juin 1868. — Affaiblissement des facultés intellectuelles, délire ambitieux très-étendu, achats inconsidérés. Hésitation de la parole, tremblement de la langue et des lèvres; démarche chancelante, saccadée; plus difficile, les yeux fermés; les jambes sont écartées, le pied est lancé d'une façon irrégulière, dépassant tantôt le but, d'autres fois restant en arrière. — Douleurs lancinantes, erratiques dans les membres inférieurs.

Le 24 août 1868, attaques épileptiformes suivies d'état comateux et de mort.

Autopsie. Méninges cérébrales légèrement œdémateuses avec quelques taches opalines par places ; infiltration sanguine en nappe de 5 à 6 centimètres dans l'épaisseur de la pie-mère sur l'hémisphère droit. Adhérence surtout à la base et vers les lobes sphénoïdaux; méninges cérébelleuses minces non adhérentes; granulations au quatrième ventricule. — Les grosses artères sont athéromateuses, la basilaire est très-dilatée à l'union des deux vertébrales; les méninges rachidiennes sont légèrement œdémateuses. Les cordons postérieurs présentent une teinte grise gélatineuse dans toute leur étendue, mais beaucoup plus marquée à la fin de la région dorsale où elle se montre aussi sur la partie postérieure des cordons latéraux. Cœur volumineux, gros, d'une teinte brun-jaunâtre.

Aorte athéromateuse dilatée au niveau de la crosse. Foie granuleux, cirrhotique. Reins volumineux un peu jaunâtres dans leur couche corticale.

L'examen au microscope des parties altérées de la moelle montre à l'état frais des granulations fines isolées, quelques-

unes réunies en corps granuleux irréguliers, disséminées dans la préparation et agglomérées le long des vaisseaux; en colorant faiblement ces préparations par le carmin on aperçoit un nombre considérable de noyaux, la plupart allongés, quelques-uns au milieu d'une substance finement striée.

Après le durcissement dans l'acide chromique, on apprécie mieux sur les coupes minces la sclérose des cordons postérieurs s'étendant jusqu'aux cordons latéraux, à la région dorsale. Au-dessous du bulbe on ne trouve plus qu'une languette triangulaire de sclérose située à la face interne des cordons postérieurs, se terminant en pointe au niveau des 2/3 antérieurs du sillon postérieur. On voit, en outre, dans ces parties au pourtour de la moelle un épaississement annulaire du tissu interstitiel avec renflement au niveau de l'extrémité des cornes postérieures.

A la région dorsale, l'anneau de sclérose sous-jacent à la pie-mère est beaucoup moins épais.

Le début des accidents chez V.... Jules est de date très-ancienne, et les excès alcooliques paraissent avoir joué le principal rôle dans la production de la maladie. Nous ferons remarquer l'existence simultanée de la sclérose de la moelle avec la cirrhose hépatique. Ces faits aujourd'hui assez nombreux ne sont pas le résultat d'une simple coïncidence, mais bien la preuve de l'action, sous l'influence de causes semblables, du même travail pathologique sur différents organes.

Observation XXVI. — *Excès alcooliques habituels. — Engourdissement et faiblesse des jambes, puis symptômes de paralysie générale. — Autopsie. — Sclérose diffuse de la moelle avec prédominance de la lésion sur les cordons postérieurs; encéphalite interstitielle diffuse; cirrhose du foie; plaques athéromateuses sur les vaisseaux.*

B.... Louis, âgé de 45 ans, professeur de billard, a fait pendant longtemps des excès de boissons; depuis trois ans il

éprouve dans les jambes de l'engourdissement et des douleurs qui reviennent d'une façon irrégulière ; les bras sont aussi quelquefois engourdis. Depuis quelques mois la marche devient fatigante et difficile.

A l'entrée au bureau d'examen le 19 avril 1869, B... Louis a de l'affaiblissement des facultés mentales avec du délire de satisfaction, de l'hésitation de la parole avec tremblement des lèvres, et de l'inégalité pupillaire; les jambes infiltrées jusqu'aux genoux sont faibles ; la marche est chancelante sans présenter les caractères de l'ataxie, la sensibilité est conservée. Les urines n'ont ni albumine ni sucre. Les symptômes de la paralysie générale s'accentuent progressivement; la paraplégie avec l'œdème des extrémités inférieures augmentent de plus en plus.

A la fin de novembre il survient une pneumonie, qui emporte le malade le 4 décembre.

Autopsie. Plaques athéromateuses sur les artères de la base du cerveau ; méninges épaisses, opalines, adhérentes; épendyme chagriné sur le quatrième ventricule; quelques granulations aussi à la surface des ventricules latéraux, les coupes successives des hémisphères ne montrent rien dans les centres; les méninges rachidiennes sont pâles, infiltrées de sérosité; les coupes pratiquées aux diverses régions font voir une teinte grisâtre diffuse plus marquée au niveau des cordons postérieurs. Les deux poumons sont engoués; le droit est dense, friable, hépatisé à la base.

Le cœur est mou, chargé de graisse; la valvule mitrale et les valvules aortiques présentent sur les bords de petites végétations rouges, assez résistantes, polypiformes.

L'aorte jaunâtre présente par places des plaques athéromateuses.

Cirrhose du foie, dont la surface est bosselée, la capsule épaissie et le tissu fortement granulé.

Les reins sont pâles, jaunâtres.

Les préparations fraîches de la moelle montrent des granulations et des corps granuleux, disséminés dans la préparation et sur les parois des capillaires ; leur nombre est très-considérable sur les préparations provenant de la partie interne des cordons postérieurs. Sur les coupes après le durcissement

dans l'acide chromique, on voit une sclérose diffuse des cordons antérieurs et latéraux avec une localisation plus marquée au niveau de la partie interne des cordons postérieurs.

Dans le cerveau les lésions de la paralysie générale.

L'alcoolisme joue ici un rôle important, et cette cause d'irritation a contribué, sans doute, au développement de la paralysie générale, mais en outre des lésions de l'axe cérébro-spinal, nous trouvons dans le foie, les reins, le système vasculaire, les altérations plus spéciales de l'alcoolisme chronique.

Nous aurions pu chez ce malade rencontrer encore dans le cerveau un ramollissement par embolie en raison de l'état des valvules mitrale et aortique, mais c'eût été une lésion surajoutée qui aurait pu elle-même donner lieu à des symptômes d'hémiplégie, compliquer et masquer aussi en partie la maladie principale.

Il est utile de se souvenir de ces combinaisons pathologiques pour analyser et interpréter à leur juste valeur certains faits en apparence très-contradictoires.

Observation XXVII. — *Habitude d'ivrognerie; premiers accès de délire alcoolique le* 21 *septembre* 1865; *guérison.* — *Continuation des abus alcooliques; troubles digestifs, modification du caractère; deuxième accès de délire alcoolique le* 22 *septembre* 1869. — *Amélioration incomplète avec affaiblissement persistant de l'intelligence; nouveaux excès, troisième accès de délire alcoolique passager, laissant après lui des signes manifestes de paralysie générale.* — *Autopsie.* — *Lésion de la paralysie générale et dégénérescence graisseuse du foie et du cœur.*

V... Alexandre, portefeuilliste, 43 ans, est amené à Bicêtre le 21 septembre 1865 avec le certificat médical suivant. « Alcoolisme chronique; accès aigu de *delirium tremens* datant de peu de jours. » — V.... conserve pendant quelques jours des

hallucinations avec des idées de persécution; un peu de gêne de la parole et du tremblement des lèvres. Il s'améliore assez rapidement et sort de l'asile le 7 octobre suivant « en bon état de santé physique et morale » d'après le certificat du médecin du service.

Après sa sortie de l'asile, il reprend son travail dont il s'acquitte assez exactement, mais il ne tarde pas à recommencer les abus de boissons, s'adonnant plus particulièrement au vin et à l'eau-de-vie ; sous l'influence de ces excès, la santé s'altère sensiblement, les digestions deviennent difficiles; la région épigastrique douloureuse, le malade rend le matin des flots de pituite; il éprouve des lourdeurs de tête, de l'engourdissement des bras et des mains et de la faiblesse des jambes.

Au commencement de 1869, il devint bizarre, querelleur, irritable, quelquefois violent et dangereux pour son entourage; il fait moins bien son travail, et son intelligence baisse.

Le 22 septembre 1869, il est ramené à l'Asile dans un accès de délire alcoolique; il est assailli par des hallucinations; on l'injurie, on le menace; il voit des insectes voltiger autour de lui; des rats, des chats, des animaux de toute espèce ; des flammes, des éclairs. Tout son corps est pris de tremblement; il cherche de tout côté et n'a pas un instant de repos. Le visage bouffi présente une teinte sub-ictérique. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Le 25, les hallucinations changent un peu de caractère; les idées de persécutions prédominent; V... paraît moins effrayé, mais il reste inquiet, méfiant; il entend des voix connues, on complote contre lui; sa femme veut le perdre; elle le trompe; il l'appelle et demande son arrestation. L'intelligence est notablement affaiblie. Le frémissement de tout le corps a cessé, mais il reste un tremblement considérable des mains.

Au bout de trois jours, les hallucinations rares et confuses laissent plus de repos au malade qui, devenu calme, est envoyé dans un asile agricole où il reste jusqu'à la fin d'octobre.

A peine rendu à la liberté, il reprend ses habitudes d'ivrognerie ; il n'a plus d'aptitude au travail, ne sait plus faire son ouvrage, ses facultés sont notablement affaiblies.

Il est ramené à l'Asile le 16 décembre 1869 à la suite d'un nouvel accès de délire alcoolique.

V.... est effrayé par de nombreuses hallucinations, il aperçoit des femmes, des hommes armés qui le poursuivent pour le tuer; on l'injurie, on le menace. On ne peut fixer son attention, il est incohérent. La parole est saccadée, les lèvres et surtout les mains sont tremblantes, la pupille gauche est plus large.

Deux jours après, les hallucinations ont presque complétement disparu; le malade est calme, répond aux questions, et l'on peut s'assurer alors de l'affaiblissement de l'intelligence, d'une diminution marquée de la mémoire, de l'existence de conceptions hypochondriaques.

Nous trouvons, en outre, de l'hésitation de la parole, du tremblement de la langue et des lèvres, et de l'inégalité pupillaire. Ces symptômes de la paralysie générale persistent jusqu'au moment de la mort survenue le 9 janvier, à la suite d'une pneumonie.

L'autopsie faite le 10 nous montre les lésions les plus caractéristiques; épaississement et adhérences nombreuses des méninges, ramollissement de la couche corticale, épaississement avec aspect chagriné de l'épendyme. Le cœur est mou et surchargé de graisse, le foie est jaunâtre par places, les reins ne sont pas sensiblement altérés.

L'action directe des boissons alcooliques se montre ici de la manière la plus éclatante. Un premier accès de délire alcoolique est suivi de guérison; tous les symptômes se développent comme dans l'alcoolisme ordinaire sans donner lieu à des phénomènes particuliers; mais les excès continuent, la santé s'altère et l'intelligence baisse. Un deuxième accès se produit, suivi cette fois d'une amélioration incomplète avec un affaiblissement des facultés ne permettant plus un travail régulier et indiquant déjà une lésion du cerveau. A la troisième atteinte, en effet, l'accès de folie alcoolique devient un élément accessoire;

les hallucinations disparaissent rapidement, le tremblement des mains, très-marqué le premier jour, diminue aussi, les symptômes alcooliques, en un mot, tombent l'un après l'autre, laissant à découvert les signes manifestes de la paralysie générale.

Nous donnons encore l'observation d'un de nos malades dont l'histoire clinique a déjà été rapportée ailleurs, et que nous complétons ici, le malade depuis cette époque ayant succombé aux progrès de la paralysie générale (1).

Observation XXVIII.— *Habitudes d'ivrognerie depuis* 1856 ; *première entrée à Sainte-Anne le* 14 *juin* 1869 ; *délire alcoolique ; guérison. — Deuxième entrée le* 19 *avril* 1871 ; *délire alcoolique ; léger affaiblissement de l'intelligence ; idées de satisfaction. — Troisième entrée le* 11 *septembre* 1871 ; *délire alcoolique ; affaiblissement intellectuel ; attaques apoplectiformes et épileptiformes* (période intermédiaire). — *Quatrième entrée le* 30 *novembre* 1872 ; *affaiblissement intellectuel, idées ambitieuses ; hésitation de la parole, inégalité pupillaire* (paralysie générale évidente). — *Autopsie : Dégénérescence graisseuse du foie, des reins, du cœur ; athérome vasculaire ; péricardite, périnéphrite, pachyméningite cérébrale, encéphalite interstitielle, chronique, diffuse ; névrite interstitielle de la deuxième paire crânienne.*

B... Adolphe, marchand de vins, âgé de quarante-deux ans, entre une première fois à l'asile Sainte-Anne le 14 juin 1869, avec un certificat de M. Lasègue portant : « Délire alcoolique subaigu datant de six jours ; excitation nocturne ; une attaque épileptique. »

A son entrée, le malade présente les caractères de l'alcoolisme aigu. Il voit des animaux de toute espèce, des chats, des rats, des serpents, des gens qui veulent l'assassiner. Des flammes rouges passent devant ses yeux, et il croit voir sor-

(1) Gambus, *De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale.* (Thèse de Paris, 1873, p. 32.) Lolliot, *De l'alcoolisme comme cause de la paralysie générale. Gazette des hôpitaux*, 6 et 13 septembre 1873. (Mémoire suivi d'un rapport de M. Motet à la Société de médecine de Paris.)

tir de sa bouche une fumée épaisse qui se répand dans la chambre.

Il accuse de la céphalalgie et présente un tremblement considérable des mains, de la langue et des lèvres, avec une teinte subictérique de la peau. En outre, la vue est assez notablement affaiblie, mais l'examen ophthalmoscopique ne montre rien d'anormal.

La femme fournit les renseignements suivants : Son mari, dit-elle, fait depuis longtemps des excès alcooliques ; il boit principalement du bitter, du vermout, du vin, et cela dès l'année 1856. Son sommeil est assez souvent troublé, et quelquefois il a de la pituite le matin ; depuis quelque temps, il tremble un peu et est sujet à des sueurs abondantes. Son médecin, attribuant la maladie à des excès alcooliques, l'avait engagé à ne plus boire; mais il n'en fit rien. Il ne cessait de boire que lorsqu'il se sentait malade, et reprenait les excès ausssitôt que son état s'était un peu amélioré.

Au commencement de mai dernier, il présenta une grande agitation et devint sujet à de l'excitation, surtout la nuit. Quelques jours plus tard, trois semaines avant son entrée à l'Asile, il a été pris d'une attaque convulsive avec perte de connaissance à la suite de laquelle la langue est restée embarrassée trois heures. L'autre jour, en lisant son journal, il s'est aperçu qu'il lisait cinq lignes à la fois. Enfin, sous l'influence d'hallucinations et d'idées de persécutions, il se livrait fréquemment à des menaces contre sa femme.

Son père est mort à soixante-quatorze ans, hémiplégique. Sa mère, à l'âge de soixante et onze ans, a vécu maritalement avec un militaire de quarante-sept ans. Trois de ses enfants sont morts en bas âge de convulsions. Son quatrième enfant, une jeune fille de treize ans, se porte bien.

Il y a trois ans, sa femme, qui est âgée de quarante ans, fit une fausse couche, vers le quatrième mois, de deux fœtus.

Le 15 juin, c'est-à-dire deux jours après son entrée, il présente un peu d'excitation ; il va, vient avec animation. Il s'imagine qu'on l'interpelle, qu'on le pousse à marcher, que des individus le prennent, l'injurient, l'empêchent de dormir. Il a un tremblement marqué de la langue et des mains.

Envoyé à l'asile de Vaucluse le 17 juin, il s'y est amélioré

rapidement, et en est sorti guéri à la fin de juillet de la même année. A son retour chez lui, il reprend son travail, ne présente aucun changement dans le caractère, si ce n'est qu'il est devenu très-économe, presque avare. Il ne bégaie pas et n'offre pas le moindre embarras de la parole.

Cet homme entre une deuxième fois à Sainte-Anne le 19 avril 1871, près de deux ans après sa dernière sortie. Il présente encore du délire alcoolique avec hallucinations. Des francs-maçons le poursuivent, des hommes armés de couteaux courent après lui ; il voit des oiseaux, des chats, des rats, des arbres, etc. Il a en outre un léger tremblement des mains.

Sa femme fournit les renseignements suivants : il se livre à des excès habituels ; mais, depuis huit jours, ayant quitté sa femme, il s'est mis à boire d'une façon exagérée en compagnie d'une jeune fille de dix-huit ans avec laquelle il s'était en allé de sa maison. Alors le délire a éclaté, mais il y a bien un mois qu'il s'enivre tous les jours, surtout avec de l'eau-de-vie. Depuis sa sortie de Sainte-Anne, il paraissait bien ; il s'était remis au travail. Mais, depuis un mois, c'est un désordre complet ; il enlevait de sa demeure argent, effets, et vendait tout.

21 août. Des francs-maçons invisibles menacent de le tuer. Sa tenue est peu en rapport avec son âge. Il a une conscience incomplète de toutes les sottises qu'il a faites, et il raconte en souriant et avec contentement qu'il pourrait bien recommencer. Il se manifeste chez lui des idées de satisfaction. Il va aller acheter des chevaux, des bottines vernies, un chapeau de feutre blanc ; il mangera des huîtres et vivra de ses rentes. Il a au moins deux mille francs à lui. Sa mère, ajoute-t-il, vit avec un amoureux de trente-cinq ans qui possède trente mille francs ; *il lui claquera tout cela.*

Les symptômes aigus de l'alcoolisme et les idées de satisfaction disparaissent peu à peu, et il sort de l'asile vers la fin de septembre, conservant un léger affaiblissement de l'intelligence, de l'apathie, de l'indifférence. Toutefois, il est calme, et on le rend, à titre d'essai, à sa femme.

Douze jours après sa sortie, il rentre pour la troisième fois, le 11 octobre 1871. On constate alors un affaiblissement des facultés, de la diminution de la mémoire, une légère exci-

tation avec des hallucinations ; il voit des fantômes, des têtes de bêtes féroces avec des cornes, des choses effrayantes. Le tremblement des mains est très-marqué.

Sa femme raconte que, pendant les douze jours qu'il est resté en liberté, il n'avait aucune conscience de ses actes. Le huitième jour étant à table, il devint tout à coup très-pâle, et il lui fut impossible de proférer une parole. Dans le courant de la nuit, à plusieurs reprises, il a eu des petites secousses de la face avec grimaces et déviation de la bouche (attaque épileptiforme). Le lendemain, il fut pris d'un accès de délire. Il avait les yeux hagards, injuriait son entourage et voulait absolument sortir. Il avait aussi de fréquentes hallucinations. Sa femme affirme que, depuis sa sortie, il n'avait pas fait d'excès nouveaux.

Le 13 octobre, lendemain de son entrée, il va et vient dans la salle sans trop savoir ce qu'il fait. Il chiffonne, ramasse les objets les plus divers, se met de l'herbe à la boutonnière, voit des ombres, des oiseaux. En général, il reste indifférent à tout ce qui l'entoure, mange avec gloutonnerie et ne se plaint que d'un peu de mal de tête. Il n'a d'ailleurs aucune conscience de sa situation.

Le 17, il est pris au milieu de la nuit d'une grande frayeur, et se met à pousser des cris perçants. Il voit des ours blancs, noirs, des ombres, toute sorte de choses.

Il reste à peu de chose près dans le même état jusqu'au mois de mars. En avril, étant devenu beaucoup plus calme, il est rendu à sa femme. Il conserve à cette époque un affaiblissement très-marqué de l'intelligence, avec diminution considérable de la mémoire.

Il rentre à Sainte-Anne pour la quatrième fois, le 30 octobre 1872, huit mois après sa dernière sortie. Il présente toujours un grand affaiblissement des facultés mentales, de la diminution de la mémoire et des idées ambitieuses incohérentes. Il est riche et possède 60,000 francs ; il a acheté un château et ira y installer une fabrique de porcelaine ; il était le premier ouvrier ; ses parents sont très-riches. Il présente aussi un tremblement considérable des mains et une légère hésitation de la parole.

Sa fille raconte que cinq ou six mois après sa sortie il était

resté apathique, indifférent, ne s'occupant nullement de sa maison, et qu'il était ensuite devenu remuant. Dans ces derniers temps, il avait des idées de richesse. Il se disait empereur, roi, et se croyait très-riche. Sa femme confirme ces renseignements, et ajoute qu'il était incapable de travailler; il ne faisait rien et ne se plaignait de rien; on le traitait comme un enfant. Il y a une huitaine de jours il s'est agité et a présenté un peu de délire. Il a eu des idées ambitieuses; il s'est échappé de la maison étant habillé, et on l'a retrouvé dans la rue à demi nu. Depuis longtemps il ne pouvait plus boire, n'ayant jamais d'argent et étant toujours surveillé. Il n'a plus eu de nouvelles attaques épileptiformes depuis sa sortie. Peu à peu sa parole s'est embarrassée.

1er novembre. Il dit qu'il ira à Versailles voir le Président de la République. Il paraît indifférent, incohérent, répond avec difficulté, et présente un tremblement marqué des mains.

Pendant les jours qui suivent, ses idées ambitieuses s'accentuent de plus en plus. Il est fils de Napoléon Bonaparte; il est empereur, maître de la France, et ira bientôt à Bordeaux, sa capitale, où il nommera des empereurs, etc. Il est riche, possède cinquante châteaux, des couverts en or, une voiture à quatre chevaux, etc. Il s'étend complaisamment sur sa force physique. Il se porte comme le Pont-Neuf; il est fort, il peut porter cent cinquante livres à bras tendu; un lièvre ne l'attraperait pas à la course; il a douze enfants. Il est très-adroit, ne manque jamais de touche au billard, chante et danse à ravir, à l'Opéra il est le coq du théâtre.

Plus tard, à ses anciennes idées ambitieuses sur sa force, les châteaux qu'il possède, sa situation d'empereur, etc., s'en ajoutent de nouvelles. Il va battre les Prussiens, ira en tête de l'armée, il aura deux cents canons, nommera son ministre des finances et rétablira la France.

L'hésitation de la parole est très-prononcée; le tremblement des mains est considérable, mais plus marqué à droite. La sensibilité générale est très-obtuse; on peut planter des épingles dans sa peau sans qu'il retire la main. Il sent les odeurs assez facilement, distingue le sel et le sucre, mais ne

reconnaît l'amertume de la coloquinte qu'au bout de quelques instants. Il paraît également fort des deux côtés, et saute également bien sur les deux jambes. La pupille droite est un peu plus étroite que la gauche.

La mémoire est très-obtuse, et il ne paraît pas se souvenir des occupations de ses premières années. Ses nuits sont également agitées, il crie et chante, se croit à l'Opéra, et à son réveil, n'en conserve aucun souvenir. De temps en temps, il se plaint de douleurs de tête.

Vers le 10 novembre, à ses idées ambitieuses se mêlent des idées hypochondriaques. Il n'a que des nerfs, pas d'os, et cela l'afflige. Néanmoins, il se croit très-fort et se montre, en somme, plutôt satisfait de sa situation.

Dans la matinée du 6 janvier, le gardien a aperçu des secousses à la face, dans les bras et dans les jambes, analogues à celles que provoquent les décharges électriques (attaque épileptiforme), et le malade, au moment de la visite, accuse de la céphalalgie, des étourdissements, de la courbature, et une sensation de fatigue. Les jours suivants, le facies exprime la douleur et le malade est sombre, il se plaint de crampes avec engourdissement dans le bras droit. Ses idées sont confuses; il a conscience qu'il souffre, sans se rendre compte de ce qu'il éprouve.

Sa marche est titubante, comme celle d'un homme ivre; il a failli tomber plusieurs fois, aussi n'ose-t-il plus marcher dans la crainte de faire une chute. Il se plaint aussi de céphalalgie, d'étourdissements et de sensations douloureuses.

Malgré la persistance de ses idées ambitieuses, il est en ce moment dans une période d'affaissement qui persiste pendant quelques jours et s'améliore un peu dans la suite.

12 mars. Il est tranquille, répond volontiers aux questions qu'on lui adresse, et présente un affaiblissement notable des facultés avec perte de la mémoire. Il ignore l'année, le mois, le jour. Il ne sait pas depuis quelle époque il est à l'Asile, et se montre apathique et indifférent. Néanmoins, il se trouve heureux et satisfait de sa séquestration. Il raconte qu'il va partir pour Bordeaux, où il sera roi, empereur. Il aura cent mille francs, un million; il emmènera avec lui son médecin, pour le récompenser de ses bons soins, et lorsqu'on lui de-

mande ce que font son père et sa mère, il répond qu'ils sont marchands de vin, et qu'il est lui-même marchand de vin.

Il vante ensuite ses qualités physiques et intellectuelles ; il est fort, vigoureux, et sait jouer de plusieurs instruments, danse très-bien, et, si on l'en prie, il se met aussitôt à sauter. Il se trouve bien vêtu, et se déshabille pour montrer avec une grande satisfaction son caleçon, ses bas, son uniforme de l'Asile, etc.

Sa parole est hésitante, et dès qu'il essaye de parler, les lèvres sont prises de frémissements ; l'orbiculaire est le siége de petites contractions. La langue, tirée au dehors, présente un léger frémissement sur les bords et à la pointe. Les mains étendues sont légèrement tremblantes. Les forces musculaires ne paraissent pas notablement affaiblies; il serre assez fort et également des deux côtés. La marche, qui tout d'abord paraît normale, présente par moments de petites saccades, plus marquées et plus appréciables quand le malade marche lentement que quand il va vite ou qu'il court.

La sensibilité au toucher est presque normale; il sent le souffle projeté sur la main; mais la sensibilité à la douleur est très-affaiblie; il ne sent pas les piqûres d'épingle même faites profondément. Il mange avec gloutonnerie, il parle avec contentement des bonnes choses que sa femme lui apporte du dehors.

Pendant la fin du mois de mars, à cet état se joint de la sensiblerie : le malade se met à pleurer sans motif, et, si on lui demande la cause de sa tristesse , il répond que c'est l'ennui , qu'il mourra à l'asile , qu'il ne veut plus rester.

L'examen ophthalmoscopique, pratiqué à cette époque, montre dans l'œil gauche une papille pâle, surtout en dedans, avec des vaisseaux très-grêles ; dans le droit, une papille physiologique, légèrement pâle en dedans, mais bien moins que dans l'œil du côté opposé , les vaisseaux sont normaux.

Le 1er avril au matin, le malade est obtus et ne semble pas comprendre les questions. La température rectale est de 38° 2 ; le pouls 66.

Le 2. Agitation toute la nuit ; cris incohérents ; il se lève,

se roidit, grince des dents. Pouls 72; température 90°,2. Il présente une grande obtusion de l'intelligence, ne comprend presque rien, articule difficilement. Les pupilles sont dilatées, la droite plus que la gauche.

Le 5. Il a une attaque épileptiforme vers trois heures du matin, avec déviation de la tête à droite, secousses dans le bras et la jambe du côté gauche, et résolution des membres du côté droit.

Le 7. Autre attaque épileptiforme pendant la matinée, avec prédominance des mouvements dans le côté droit. Température à 38°, qui descend à 37°,6 le lendemain; le malade n'a pas de nouvelle attaque et présente moins d'obtusion.

Le 15. Affaissement considérable des facultés, nulle conscience de sa situation. Embarras considérable de la parole; analgésie complète; faiblesse prononcée du côté droit. Le malade se tient moins bien sur la jambe de ce côté, et quant à sa main droite il ne peut s'en servir.

7 mai. Il veut à toute force changer de vêtements, aller à Bordeaux. Toujours hésitation de la parole; pupille gauche plus large. L'aiguille du dynamomètre est poussée à la 39e division par la main droite, et à la 45e par la gauche. Le malade présente, en outre, de l'excitation automatique, pousse des cris inarticulés.

Depuis le 1er mai, l'iodure de potassium est donné à la dose de 1 gramme par jour.

Pendant le même mois, on note les deux crises suivantes : le 14, à trois heures du matin, survient une attaque épileptiforme. Le malade pousse des cris, perd connaissance, se débat, et, au dire du gardien, reste dans l'hébétude après la crise.

Le lendemain, à la visite, sa parole est embarrassée; il est confus, se met à sourire, est obtus, et ne peut rien indiquer de ce qu'il a éprouvé. Sa force musculaire paraît un peu plus considérable à gauche qu'à droite; il se tient bien et marche sans chanceler.

Le 20. Il s'est arraché les moustaches, disant : Je ne suis plus empereur, je ne dois plus avoir de moustaches. La pupille gauche est un peu plus dilatée.

Juin. Affaiblissement progressif des facultés; embarras de la parole; il mange gloutonnement, prend les aliments avec ses doigts; est gâteux.

Le 9. Diarrhée avec quelques traces de sang. Amaigrissement.

On cesse l'usage de l'iodure de potassium. La diarrhée continue les jours suivants.

Le 17. Facultés intellectuelles notablement affaiblies. Le malade n'a nulle conscience de sa situation; ne répond pas aux questions; par moments, prononce des mots rappelant le délire ambitieux, tels que : château, empereur, millions. Du reste, incohérence complète; embarras prononcé de la parole; inégalité pupillaire; il se barbouille avec les matières fécales.

Pendant la fin du mois de juin on n'a rien noté de particulier. Cet état s'est maintenu à peu près au même degré. Lorsqu'on interrogeait le malade ou qu'on cherchait à attirer son attention, il prononçait quelques mots : Oui, oui, c'est cela. Et si on le pressait davantage, on le voyait parfois éprouver une petite crise, pendant laquelle il fermait la bouche, et retenait sa respiration : sa face rougissait, ses yeux s'injectaient et devenaient immobiles et saillants; puis, après quelques secondes seulement, tout cessait comme par une sorte de détente, et il se mettait à pleurer.

Pendant le commencement de juillet, l'état de démence s'est maintenu et a plutôt augmenté.

Le 5. Il siffle, souffle, pousse des cris, chante en bredouillant, tape dans ses mains sans aucun motif, gâte, se barbouille avec les excréments. La pupille droite est toujours plus dilatée.

Le 7. Indifférence complète pour tout et à l'égard de tout le monde. Il ne reconnaît plus sa femme, ni sa sœur, ne leur parle pas quand elles viennent le voir. Il ne répond aux diverses questions qu'on lui fait que par les mots de : Oui; je ne sais pas; c'est ça. En dehors de ces réponses, on ne peut en rien tirer. Quelquefois, il se met en colère sans motif, il grogne, tord les lèvres ou pleure toujours sans raison.

Il ne parle plus de Bordeaux, mot qu'il avait constamment à la bouche, et si on lui en parle, si on lui dit : B..., nous

irons à Bordeaux, il répond toujours : Oui, oui, c'est ça. Il essaie avec les dents de détacher ses vêtements, et l'on parvient avec peine à l'empêcher de se barbouiller.

Quant aux forces physiques, elles sont encore assez bien conservées. Ainsi, pendant la journée, il peut rester levé, descendre de l'infirmerie, se promener même pendant quelque temps, mais toujours sans se rendre compte de ce qu'il fait. On est obligé de l'habiller, sans cela il mettrait un vêtement avant un autre, ou à l'envers, etc.

Les fonctions de la vie végétative sont passables. Le malade mange avec une grande voracité, avale gloutonnement, prend tout avec les doigts. Les morceaux n'étant pas suffisamment divisés par la mastication, ils sont trop gros pour être déglutis, et l manque souvent de s'asphyxier; il les rend alors dans le plat et les reprend avec les doigts.

Il laisse aller ses matières d'une façon habituelle, quoiqu'elles soient suffisamment résistantes, s'en barbouille, etc.; il pisse au lit et jamais dans le vase, quoiqu'on ait la précaution de l'asseoir assez souvent sur la chaise pour éviter ces inconvénients ; quand il est levé il fait dans son pantalon.

Pendant la nuit, il dort généralement peu, crie, tire ses couvertures. Le jour, il reste souvent assis, et s'endort ordinairement après les repas. Il est fort difficile d'explorer la sensibilité sensoriale du malade, ses réponses aux différentes questions étant toujours : oui, oui, c'est ça. Mais la sensibilité au toucher et à la douleur semble considérablement amoindrie, comme on peut en juger par l'absence de mouvements réflexes.

Depuis ce moment jusqu'au 20 juillet, cet état est resté stationnaire. A cette dernière époque, l'intelligence est très-affaiblie. Le malade est dans une indifférence complète pour tout ce qui l'entoure. Il est assis sur un fauteuil, la tête baissée, à moitié assoupi, ne répondant à aucune question, ne manifestant aucun désir, ni aucun sentiment.

La sensibilité au toucher et à la douleur n'existe presque plus, si ce n'est aux membres inférieurs, que le malade retire quand on les pique. A la face et à la nuque, on peut traverser avec une épingle un pli de la peau de part en part, sans que B... paraisse s'en douter.

L'état des différents sens ne peut guère être apprécié, en raison du degré avancé de démence. Quant au goût et à l'odorat, ils semblent considérablement affaiblis, et l'on est obligé d'employer des substances, d'une odeur pénétrante et d'une saveur piquante pour obtenir quelque résultat. Ainsi, l'essence de moutarde, présentée aux deux narines successivement, a produit à peine un léger mouvement de réaction, et peut-être ce résultat était-il dû à la sensation déterminée en même temps sur les conjonctives, les yeux s'étant remplis de larmes. En appliquant du piment sur la langue pendant quelques secondes, le malade ne répond à la fin que par un léger grognement.

Les urines examinées par la chaleur, l'acide nitrique, et la liqueur de Bareswil, n'ont donné qu'un résultat négatif, au point de vue de l'albumine et du sucre.

Août et septembre. La démence continue à progresser, le malade s'excite, par moments crie, jette les bras de tout côté ; il paraît avoir à plusieurs reprises des hallucinations pénibles et il prononce au milieu de la nuit et quelquefois le jour les mots de brigand, cochon, assassin ; d'autres fois, ce sont des mots rappelant son délire ambitieux : million, empereur, château. La parole est embarrassée. On ne peut obtenir aucune réponse sensée ; il paraît étranger à tout ce qui se passe autour de lui ; les instincts et les appétits sont nuls, il ne demande ni à boire ni à manger, et avale indistinctement ce qui se trouve sur l'assiette ; il gâte, se barbouille avec les excréments. A la fin d'août, à la suite d'une attaque épileptiforme, le côté droit reste plus faible pendant quatre jours. A la fin de décembre, la digestion se trouble, et il survient de la diarrhée ; des eschares se produisent au siége. Du 25 septembre au 4 octobre le pouls devient fréquent et petit, la T.R. s'élève progressivement à 39°, 40° et jusqu'à 40°,8 en présentant de légères exacerbations le soir. Dès le 26 septembre le côté droit de la poitrine donne de la matité dans sa moitié inférieure, du souffle et du râle sous-crépitant fin. Les forces s'affaissent, la respiration s'embarrasse et la mort survient le 4 octobre.

Dans le courant de 1873, la température rectale a été prise, soir et matin, régulièrement pendant plusieurs mois, et elle a présenté, à diverses reprises, une élévation passagère qui

s'est produite chaque fois, soit à la suite d'étourdissements avec pâleur de la face et attaque apoplectiforme légère, soit à la suite de faibles attaques épileptiformes ; du reste au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, on retrouvait la température habituelle de 37 1/5 à 3/5 de degré.

Nous avons chez B..., plusieurs fois, avec un résultat identique, pris le pouls au sphygmographe, aussi reproduisons-nous le tracé de la thèse de M. Gambus, qui donne une idée exacte de l'état de la circulation du malade.

TRACÉ I. — POULS DE B.., BRAS GAUCHE; 19 JUILLET 1873.

Nous avons recueilli des lettres de B... aux diverses périodes de sa maladie, de manière à suivre à l'aide de ces documents la marche progressive de la démence; on peut voir dans le travail de M. Gambus les fac-simile de trois lettres de B... le dernier est un mélange informe de traits, de lignes, de cercles, accompagné d'une énorme tâche.

TRACÉ II. — POULS D'UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL SANS ANTÉCÉDENTS ALCOOLIQUES (1).

Autopsie, 26 *heures après la mort.* — Les parois crâniennes sont épaisses, le diploé est rouge, injecté. La dure-mère est épaissie et offre une néo-membrane de 6 à 8 centimètres d'étendue au niveau de la partie moyenne de la surface

(1) Nous mettons en regard du tracé sphygmographique de B.., devenu paralytique général à la suite d'abus alcooliques, le tracé d'un autre malade atteint de paralysie générale sans antécédents alcooliques, et sur lequel la ligne ascendante ne se termine point par un plateau, mais forme un angle aigu avec la ligne descendante, elle-même moins roide que chez le malade B...

convexe de l'hémisphère gauche; on décolle facilement avec les pinces cette fausse membrane dans l'épaisseur de laquelle en l'étalant à contre jour on aperçoit, à l'œil nu, des vaisseaux injectés de sang. Une deuxième fausse membrane se trouve au niveau de la fosse occipitale droite dans la partie correspondante à la face inférieure du lobe droit du cervelet; elle se déchire en petits lambeaux dès que l'on essaye de l'enlever.

L'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies, d'un blanc-laiteux par places, et vivement injectées en d'autres endroits où elles offrent même des suffusions sanguines sous-arachnoïdiennes de l'étendue d'une pièce de deux francs. Ces petites hémorrhagies se montrent à la surface convexe de l'hémisphère gauche et en deux points de l'hémisphère droit.

La pie-mère adhère à la couche corticale dans presque toute l'étendue, sauf en quelques parties des lobes occipitaux et sur le cervelet. Les adhérences sont intimes au niveau des lobes frontaux des deux côtés et du lobe sphénoïdal gauche où il est impossible de soulever la membrane sans entraîner une couche épaisse de substance corticale. L'artère basilaire offre une petite plaque athéromateuse de 4 à 5 millimètres au niveau de sa bifurcation; on remarque encore quelques petites plaques jaunâtres sur les artères sylviennes.

L'hémisphère gauche pèse.....	495	grammes.
L'hémisphère droit pèse.....	570	—
Le cervelet, la protubérance et le bulbe pèsent.....	155	—
Total.....	1,220	—

Les coupes successives pratiquées de la périphérie au centre ne montrent de lésions circonscrites en aucun point. Le quatrième ventricule est parsemé à sa surface de fines granulations plus confluentes vers le bec du calamus; la surface des ventricules latéraux est également chagrinée dans sa moitié antérieure (1).

Les nerfs optiques sont légèrement atrophiés, le droit plus petit que le gauche offre une teinte grisâtre gélatineuse plus

(1) Voir Magnan et Mierzejewsky, *Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale* (épendymite, encéphalite interstitielle diffuse péri-épendymaire). *Archiv. de phys. norm. et path.* Janvier et mars 1873.

accusée dans sa portion inférieure ; le gauche offre une teinte faiblement grisâtre dans toute son étendue.

Les méninges rachidiennes sont injectées, mais elles n'offrent ni fausses membranes ni hémorrhagies.

Les coupes de la moelle ne montrent à l'œil nu aucune lésion appréciable.

Le poumon droit est le siége d'une hépatisation grise dans le tiers inférieur ; à la partie moyenne et au sommet il est fortement engoué ; le poumon gauche est engoué à la base ; on trouve dans les grosses bronches des deux côtés des débris de cerfeuil et un peu de lait caillebotté (le malade avalait très-difficilement dans les derniers jours et avait fréquemment des accès de suffocation après avoir avalé quelques gorgées de bouillon, de lait ou de tisane).

La péricarde renferme 100 grammes environ d'une sérosité louche ; le feuillet viscéral d'une teinte laiteuse offre à la surface du ventricule droit une plaque blanchâtre du volume d'une pièce de deux francs. Le cœur est mou, surchargé de graisse dans sa partie droite, et offre une teinte d'un brun-jaunâtre plus accusée dans l'épaisseur des parois ventriculaires droites.

L'aorte jaunâtre à sa surface interne est parsemée d'un grand nombre de plaques athéromateuses, les plus développées ne dépassant pas le volume d'une pièce de vingt centimes, mais la plupart plus petites, saillantes, jaunâtres, résistantes ; aucune d'elles toutefois n'est ulcérée. Au niveau des valvules sigmoïdes, la dégénérescence graisseuse est plus accusée, et, en soulevant une des valvules, on voit sur la paroi aortique une traînée jaunâtre formant comme un cordon dur, résistant. Les valvules elles-mêmes sont souples et n'offrent pas d'infiltration graisseuse. Le foie, jaunâtre dans toute son étendue, présente en quelques endroits des portions d'un jaune plus foncé (dégénérescence graisseuse). Les capsules fibreuses des reins sont très-adhérentes àla surface qui reste un peu rugueuse après leur ablation ; toute la couche corticale est jaunâtre, de même que ses prolongements entre les pyramides de Malpighi.

Des portions de fausses-membranes de la dure-mère examinées au microscope font voir des vaisseaux turgescents

bosselés, par places, et présentant en plusieurs points de petites hémorrhagies étalées à côté du vaisseau.

Les nerfs optiques après un séjour de trois semaines dans une solution faible d'acide chromique sont coupés par tranches minces, les unes perpendiculairement, les autres dans le sens de l'axe ; sur toutes ces préparations colorées par le carmin, on voit une névrite interstitielle diffuse très-accusée principalement sur le nerf optique droit.

L'influence progressive des excès de boissons dans le développement de la paralysie générale est ici des plus évidentes. Un premier accès de délire alcoolique guérit en quelques semaines, sans laisser après lui de traces appréciables. Au bout de vingt-un mois, B... rentre à l'Asile une seconde fois, dans un accès de délire alcoolique, après lequel il survient des idées de satisfaction, et les facultés se montrent affaiblies; c'est le début de la période intermédiaire à l'alcoolisme et à la paralysie; le délire toxique disparaît comme d'habitude mais l'intelligence reste compromise. Renvoyé chez lui à titre d'essai, B... est frappé, au bout de peu de jours, d'une attaque épileptiforme suivie d'un délire pénible, avec hallucinations et excitation, qui nécessite une troisième séquestration. A ce moment, pendant la période même d'agitation, la faiblesse intellectuelle se révèle déjà ; le malade va et vient en tous sens d'une façon automatique ; il est indifférent, mange avec gloutonnerie, ramasse et chiffonne. Sorti encore une fois sur la demande de sa femme, il ne peut se livrer à aucun travail, il s'excite, par moments, et a des idées ambitieuses, il est ramené au bout de huit mois avec tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale.

A l'autopsie nous avons vu, la traduction anatomique,

à la fois, de l'intoxication alcoolique chronique et de la paralysie générale; le cœur, le foie, les reins avaient subi la dégénérescence graisseuse, les artères étaient athéromateuses. Le cœur offrait, en outre, des traces de péricardite, et l'enveloppe fibreuse des reins était également épaissie et adhérente. Quant aux centres nerveux, nous trouvons en même temps une pachyméningite et une encéphalite interstitielle diffuse, la moelle n'est pas sensiblement atteinte. L'ensemble de ces lésions rappelle, de tous points, les changements anatomiques obtenus expérimentalement chez les chiens par l'action prolongée de l'alcool; d'une part, dégénérescence graisseuse et athérome; d'autre part, inflammation chronique portant principalement sur les enveloppes et le tissu interstitiel des organes.

Plusieurs particularités méritent encore de nous arrêter. Le tracé graphique du pouls nous a montré que nous avions affaire à un paralytique alcoolique. Ce tracé présente une ligne ascendante brusque, suivie à son sommet d'un plateau horizontal, après lequel la ligne descendante retombe brusquement, tout autant de caractères qui révèlent l'existence de l'athérome et la diminution de l'élasticité artérielle. C'est un tracé analogue que le sphygmographe nous donne chez les alcooliques chroniques et aussi chez les déments séniles dont les lésions vasculaires sont semblables. Nous avons pensé devoir placer à côté de celui-ci le tracé du pouls d'un second malade affecté de paralysie générale mais sans antécédents alcooliques, et chez lequel, par conséquent, n'existait point d'athérome vasculaire (1).

A plusieurs reprises, la température a présenté une élé-

(1) Voir Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang*. Paris, 1863, p. 410 et suiv.

vation en rapport chaque fois avec des attaques apoplectiformes ou épileptiformes ; chez B... ces accidents paraissent avoir été exclusivement de cause cérébrale. Les attaques laissaient, en effet, après elles, de l'hébétude, une obtusion intellectuelle très-accusée, mais les symptômes physiques ne s'aggravaient pas ; en général, le malade pouvait se tenir debout, marcher, développer une certaine force musculaire, la démence seule s'accusait de plus en plus. Ces symptômes désignant le cerveau comme siége principal des accidents sont d'accord, du reste, avec l'autopsie ne faisant découvrir aucune lésion médullaire. Nous signalons ce fait, en passant, car chez d'autres paralytiques généraux de cause alcoolique ou non, mais chez lesquels la moelle est plus profondément atteinte que le cerveau, on voit survenir des attaques spinales se traduisant tantôt par des engourdissements, des fourmillements des membres, suivis habituellement de paralysies passagères (attaque apoplectiforme), tantôt par des contractures, des crampes et quelquefois des convulsions (attaques épileptiformes), sans que l'intelligence soit sensiblement modifiée pendant ces accès. Mais que les attaques soient spinales ou cérébrales, un symptôme commun ne fait jamais défaut, c'est l'*élévation de la température*. Nous avons eu déjà plusieurs fois, l'occasion de constater ces curieux phénomènes qui, dans l'encephalo-myélite interstitielle diffuse, mettent en scène, tantôt la moelle, tantôt le cerveau, selon la prédominance du travail morbide dans l'une ou l'autre partie de l'axe cérébro-spinal. Nous réservons à un travail spécial l'étude de ces accidents qui viennent si fréquemment accélérer la marche de la paralysie générale.

Dans les dernières phases de la maladie, longtemps après la cessation de tout excès de boissons, nous voyons se produire chez B... des hallucinations pénibles, rappelant le délire alcoolique ; celles-ci sont associées, du reste, à des idées ambitieuses ; mais on voit par là que le délire toxique, tout en disparaissant, ne perd pas entièrement ses droits et qu'il peut se manifester de nouveau tantôt sans cause appréciable, d'autres fois sous les influences les plus diverses.

ARTICLE V

FORME HÉMIANESTHÉSIQUE DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE. — OBSERVATIONS D'ALCOOLISME CHRONIQUE AVEC HÉMIPLÉGIE ET HÉMIANESTHÉSIE DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET DES SENS SPÉCIAUX.

Le mode de terminaison le plus fréquent de l'alcoolisme chronique est, nous l'avons déjà dit, la démence associée souvent aux paralysies partielles ; cet état répond à la dégénérescence graisseuse accompagnée d'atrophie de la couche corticale et de foyers plus ou moins nombreux (hémorrhagies ou ramollissements) disséminés, en général, sous forme de lacunes, dans les centres opto-striés, dans la substance blanche ou à la périphérie de l'encéphale : tout autant de lésions analogues à celles de la démence sénile, reconnaissant pour point de départ les altérations du système vasculaire, c'est-à-dire les plaques athéromateuses et quelquefois les anévrysmes miliaires des artères (1).

(1) Bouchereau et Magnan, *Observ. d'alcoolisme chronique ; hémorrhagies cérébrales ; anévrysmes miliaires du cerveau et de la rétine.* (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de Biologie*, 1869, p. 36.) *Voir* Charcot et Bouchard, *Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale.* (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1868, janv. et févr., p. 110.)

Ces lésions anatomiques, de degré différent, distribuées d'une façon irrégulière sur tous les vaisseaux de l'encéphale, peuvent amener les localisations les plus diverses, les unes à marche brusque et rapide, les autres évoluant, au contraire, d'une manière lente et progressive ou par poussées successives ; de là, des manifestations symptomatiques nombreuses, diversement combinées, souvent confuses, aussi bien pour les phénomènes intellectuels que pour ceux d'ordre physique, moteurs et sensitifs ; symptômes que l'analyse clinique, malgré leur complexité, permet cependant de rattacher presque toujours à une cause définie.

Parmi les troubles de la motilité et de la sensibilité, se présentent des accidents d'une nature spéciale et digne à plus d'un titre de fixer l'attention ; ce sont des paralysies d'un côté du corps avec diminution ou abolition de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale.

A la suite d'une attaque brusque d'apoplexie avec perte de connaissance, ou bien peu à peu, sans autres phénomènes que de la céphalalgie, des étourdissements, de l'engourdissement avec des fourmillements dans un côté du corps, les malades s'aperçoivent de l'affaiblissement musculaire ; ils traînent la jambe, la main laisse échapper les objets, quelquefois même il survient de l'empâtement de la parole, une déviation des traits de la face. Si l'on recourt au dynamomètre on trouve une faiblesse souvent marquée de la main, et, d'autre part, la jambe est impuissante à soutenir le poids du corps. Sur dix cas observés à Sainte-Anne, six fois la paralysie siégeait à droite et quatre fois à gauche. Le bras paralysé présente, en général, un tremblement plus marqué que du côté opposé, mais

dans un cas seulement (Observation XXX ; malade présenté à la société de Biologie, dans la séance du 16 mars 1872), nous avons noté des mouvements rhythmiques ayant quelque analogie avec la paralysie agitante, continuant pendant le repos, s'arrêtant au moment du sommeil, tremblement auquel M. Charcot pense devoir attribuer une certaine importance sémiologique (1).

Tout le côté paralysé offre une anesthésie, non-seulement de la peau et des muqueuses, mais encore des parties profondes. Dans les cas où la perte de la sensibilité est complète, les divers modes de sensation sont abolis, le toucher, le châtouillement, les piqûres, les corps chauds ou froids, les courants constants ou induits ne sont sentis sur aucune partie de la peau, dans la moitié du corps paralysée ; la sensibilité commence à se réveiller à un ou deux centimètres de la ligne médiane, à ce niveau existe une zone intermédiaire servant de transition entre le côté anesthésié et le côté sain ; l'entrecroisement et le passage des terminaisons nerveuses au delà de la ligne médiane expliquent suffisamment ce fait.

Dans les cas moins avancés, ou quand survient une amélioration, le toucher, la douleur, la température, l'excitation électrique provoquent des impressions aisément perçues, et il devient difficile, par ces moyens, d'apprécier la différence entre les deux côtés. On peut, toutefois, se rendre compte des degrés minimes d'anesthésie par la recherche comparative de la sensibilité suivant la méthode de Weber. L'écartement entre les deux pointes de l'esthésiomètre, pour la perception de deux sensations dis-

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux. Hystéro-épilepsie ;* 4e fascicule, 1873, p. 279.

tinctes, donnera parfois une différence considérable entre les deux moitiés du corps. Cet écartement d'ailleurs est plus grand, quand les pointes du compas sont appliquées dans le sens de l'axe du membre, c'est-à-dire selon la direction des nerfs, que dans l'application perpendiculaire à l'axe où les pointes se trouvent placées sur des branches nerveuses distinctes, répondant conséquemment dans la moelle à deux foyers plus éloignés d'innervation. L'anesthésie gagne aussi les parties profondes ; la pression, en effet, n'est point sentie, et la sensibilité électro-musculaire est notablement affaiblie ; on peut, quelquefois, faire passer un courant d'induction dans les muscles du bras ou de la jambe, de manière à amener de fortes contractions, à tétaniser presque le membre sans provoquer de douleur, tandis que l'application de ce même courant sur le membre valide devient à l'instant intolérable. Avec le courant constant, les mêmes phénomènes se produisent. Par la fermeture du courant en appliquant les électrodes, ou bien ceux-ci restant en place, en intervertissant le sens du courant à l'aide de l'inverseur (appareil de M. Trouvé), on obtient dans les muscles du côté malade des contractions presque toujours aussi énergiques que dans les muscles correspondants du côté opposé ; mais la sensibilité électro-musculaire est nulle ou très-diminuée. Le sens musculaire est affaibli, quelquefois même, entièrement aboli ; les yeux fermés, le malade n'a aucune conscience de ses mouvements, qu'ils soient spontanés ou provoqués. Invité à porter la main anesthésiée sur une partie quelconque du corps du côté sain, il ne s'aperçoit pas d'un obstacle interposé entre le bras et le but à atteindre, la main reste immobile ou prend une direction différente.

Mais si l'on vient soi-même à toucher l'organe désigné, le nez, l'oreille par exemple, du côté sain, le malade croit avoir exécuté le mouvement et affirme aussitôt qu'il touche, quoique son bras soit resté en chemin. Si la partie à atteindre est du côté anesthésié, le sujet ne perçoit le contact, que ce soit sa propre main ou un corps étranger, qu'à la condition d'exercer une forte pression faisant intervenir les muscles du côté sain, qui l'avertissent, par leur sensibilité propre, de la résistance siégeant sur le côté insensible. Dans la marche, les yeux fermés, le malade suit une ligne assez droite, mais il se laisse facilement entraîner, sans le remarquer, dans un mouvement circulaire, dès que l'on vient à retenir doucement le côté anesthésié. Les objets, enfin, échappent à la main dès qu'elle cesse d'être surveillée, et dans les différents travaux, les malades, sans le sentir, se piquent, frappent sur leurs doigts ; une femme s'occupant de couture était avertie de ses blessures par les gouttes de sang qui tachaient son ouvrage (Observation XXXI). Les membres insensibles sont habituellement plus froids que leurs congénères, et, dans quelques cas, les malades ont conscience eux-mêmes de ce refroidissement. Parfois la différence entre les deux mains, le thermomètre laissé un quart d'heure en place, peut atteindre deux et même trois degrés centigrades.

L'anesthésie ne reste pas confinée à la peau, toutes les muqueuses du même côté sont privées de sensibilité. Une barbe de plume peut être promenée sur la conjonctive palpébrale, sclérotidienne, quelquefois même sur la cornée sans provoquer ni douleur ni mouvements. Dans quelques cas, cependant, la sensibilité fait défaut dans la

conjonctive palpébrale et sclérotidienne, mais elle persiste au niveau de la cornée, ce qu'expliquent, du reste, les recherches de M. Cl. Bernard. Ayant arraché le ganglion ophthalmique chez des chiens, M. Bernard a toujours vu cette avulsion suivie de la perte de la sensibilité de la cornée, avec conservation de la sensibilité de la conjonctive, résultat physiologique d'accord avec la disposition anatomique, puisque la conjonctive reçoit des nerfs ciliaires directs de la cinquième paire, tandis que la cornée se trouve innervée par les rameaux ciliaires émanant du ganglion ophthalmique. D'autre part, les substances toxiques exercent une influence différente sur ces parties ; dans la mort par la strychnine, la cornée devient d'abord insensible, tandis que dans l'anesthésie par l'éther, l'empoisonnement par le curare, c'est la conjonctive qui perd la première sa sensibilité (1). Un phénomène que nous avons noté chez deux de nos malades et que Demeaux (2) avait également trouvé chez une femme atteinte d'hémiplégie avec hémianesthésie, c'est l'apparition de larmes dans les deux yeux par le contact d'un corps étranger sur la cornée du côté anesthésié, sans que le malade l'ait senti et que le globe oculaire ait fait le moindre mouvement ; l'insensibilité de la cornée est complète et cependant l'action réflexe est rendue évidente par la sécrétion immédiate des larmes. Dans nos deux cas la conjonctive palpébrale et sclérotidienne était également insensible ; mais l'excitation par le toucher n'était pas suivie de larmoiement. On peut jusqu'à un certain point rapprocher ce fait de ce qui

(1) Cl. Bernard, *Effets des substances toxiques et médicamenteuses*. Paris, 1857, p. 235.

(2) Demeaux, *Des hernies crurales*. (Thèse de Paris, 1843. — L'observation d'hémiplégie avec hémianesthésie se trouve à la fin de la thèse.)

se passe chez les hystériques hémianesthésiques ; les tissus érectiles, dit Briquet, tout en ne transmettant pas d'impression au cerveau, conservent la faculté de s'ériger ; ainsi les mamelons du sein, le clitoris, bien qu'insensibles au toucher, conservent la faculté de s'ériger au moindre contact (1).

L'exploration des fosses nasales, du conduit auditif externe, révèle également une diminution ou une abolition complète de la sensibilité des muqueuses. La cavité buccale, la langue sont aussi le siége d'une hémianesthésie, que les sensations, mises en jeu, soient successivement celles de température, de douleur ou de contact. La titillation de la moitié correspondante du voile du palais, de la luette ne provoque aucune nausée réflexe ; le choc sur les dents n'est point senti, mais quelquefois le malade l'entend par l'oreille saine ou le perçoit du côté non anesthésié, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire par les vibrations ou l'ébranlement produits sur le maxillaire inférieur. L'anesthésie existe également, du côté malade, sur la muqueuse du gland, du méat urinaire et à la marge de l'anus.

La sensibilité spéciale offre des modifications non moins remarquables depuis un simple affaiblissement, jusqu'à l'abolition complète de la fonction.

Il est intéressant de suivre dans chaque sens ces modifications fonctionnelles, soit que le mal augmente progressivement, soit, au contraire, qu'après une perte subite de la sensibilité spéciale, la fonction reprenne son état normal.

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 283.

La vue peut être le siége non-seulement d'un affaiblissement, mais dans quelques cas d'une perversion particulière que l'on retrouve d'ailleurs chez d'autres alcooliques simples. Lorsque l'acuité de la vision est faiblement atteinte, la comparaison entre les deux yeux, à l'aide de l'échelle typographique rend compte des légères différences. Les caractères de 1/2 millimètre sont lus facilement par l'œil sain, tandis que l'œil malade ne peut distinguer que des lettres de 1, de 2 millimètres, la différence même est habituellement plus grande ; souvent aussi les caractères s'entourent rapidement d'un brouillard, et la lecture ne peut se prolonger au delà de quelques instants. A un plus haut degré d'amblyopie, les personnes, les objets cessent d'être reconnus, la lumière elle-même finit par ne plus être distinguée de l'obscurité, et la vision est complétement abolie de ce côté. Chez le malade de l'Observation XXIX, l'exposition aux rayons solaires laisse l'œil ouvert et immobile, mais la pupille se resserre légèrement; la mobilité est conservée malgré l'amaurose; il suffit, en outre, d'abaisser et d'élever successivement la paupière pour obtenir les oscillations habituelles de la pupille ; légère dilatation quand les paupières sont closes et resserrement aussitôt que la paupière est soulevée. Il n'en est pas ainsi cependant chez tous les hémianesthésiques, et, dans son observation, Demeaux signale l'immobilité de la pupille. Chez les hystériques hémianesthésiques affectées d'amblyopie, Briquet signale également l'immobilité de la pupille comme dans les amauroses ordinaires.

Le passage d'un courant continu dans la tête ou à son voisinage ne produit pas de phosphènes dans l'œil anes-

thésié, tandis que l'œil sain les perçoit à la fermeture et à l'ouverture du courant.

En outre de l'amblyopie, il existe chez quelques-uns de ces malades de la dyschromatopsie unilatérale ; l'œil sain peut distinguer rapidement et complétement toutes les couleurs, tandis que l'œil anesthésié confond non-seulement les couleurs composées, mais encore les couleurs franches et saturées.

Chez un de nos hémianesthésiques, la dyschromatopsie était bilatérale comme cela se rencontre d'ailleurs chez quelques alcooliques, mais beaucoup plus rarement que ne l'indique M. Galezowski.

L'examen à l'ophthalmoscope ne révèle aucune lésion spéciale du fond de l'œil, pas même chez les sujets dont la vue est entièrement abolie ; on peut observer de la stase veineuse, de l'infiltration péripapillaire et périvasculaire quelquefois, enfin des battements se montrent dans les veines, mais aucune lésion importante de la papille ou de la rétine ne vient rendre compte de la perte unilatérale de la vision.

L'ouïe est affaiblie, les battements d'une montre sont entendus à la distance de 5 à 10 centimètres du côté malade, tandis que l'autre oreille les perçoit comme à l'état normal à 50, à 60 centimètres et même davantage. Dans quelques cas la surdité est complète, ni la voix, ni aucun son, ni aucun bruit, ne sont entendus du côté malade. En plaçant le tampon du pôle positif sur la région mastoïdienne saine et en appuyant l'extrémité de l'autre rhéophore, réduit au simple fil métallique sur un bourdonnet de coton mouillé introduit dans le conduit auditif externe de l'oreille anesthésiée, la fermeture du courant continu ne détermine aucune

sensation de son ; l'application des excitateurs en sens inverse provoque dans l'oreille saine la perception nette d'un son. Il y a parfois au même instant une saveur métallique dans la moitié correspondante de la langue.

L'odorat est également affaibli et peut dans quelques cas être complétement aboli. Pour apprécier le degré d'anosmie, il est nécessaire d'employer des excitants organoleptiques d'intensité variable. C'est ainsi qu'on peut graduer l'action stimulante en employant successivement l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, la teinture de musc, le vinaigre, l'essence de moutarde. Ces deux derniers agents s'adressent à la fois à la sensibilité générale et à la sensibilité spéciale, et dans quelques cas il ne se produit qu'une simple irritation, les malades larmoient, sentent des picotements mais ils ne perçoivent pas d'odeur.

Le goût est diminué ou perdu du côté anesthésié ; on peut s'en rendre compte à l'aide de substances de saveur progressivement plus prononcée, telles que le sucre, le sel, le sulfate de magnésie, l'aloès, la coloquinte, le piment. On peut employer des solutions de degré de concentration variable, ou bien on maintient simplement le corps sapide sur la langue en commençant par le côté anesthésié, et si, au bout d'une ou de deux minutes, le malade indique par signe de tête qu'il ne sent pas, on porte la substance sur le côté sain de l'organe, et la saveur est immédiatement reconnue.

L'application du courant continu ne provoque aucune sensation gustative sur la moitié anesthésiée, tandis que, de l'autre côté, elle fait naître un goût métallique, styptique assez prononcé. Au moment de la fermeture du

courant les muscles se contractent du côté où les excitateurs sont placés, mais le malade ne sent les secousses que du côté sain de l'organe, comme du reste pour les autres muscles de la moitié correspondante du corps.

Chez les hystériques, l'hémianesthésie est beaucoup plus fréquente à gauche ; dans l'alcoolisme chronique les deux côtés, nous l'avons vu, sont indifféremment affectés et même sur nos dix cas, huit hommes et deux femmes, six fois l'hémianesthésie avec paralysie siégeait à droite et quatre fois de l'autre côté. Des deux femmes l'une était hémianesthésique à droite et l'autre à gauche.

Dans cette hémiplégie de la sensibilité et du mouvement, les troubles de la motilité s'améliorent quelquefois rapidement, et l'anesthésie persiste, d'autres fois les deux ordres d'accidents s'effacent parallèlement, d'autres fois encore, nous le voyons chez deux malades, la motilité et la sensibilité tendent à s'affaiblir progressivement. Chez l'un d'eux, cependant, on constate déjà une abolition complète de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale de tout le côté droit ; la motilité, d'autre part, s'est affaiblie, mais la paralysie est loin d'avoir atteint un degré aussi avancé que l'anesthésie.

Ces malades, comme les autres alcooliques chroniques, éprouvent de la céphalalgie, des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles, des engourdissements et des crampes dans les membres, plus accusés quelquefois, mais rarement limités au côté paralysé ; chez eux, les vertiges, les attaques apoplectiformes et épileptiformes se montrent avec plus de fréquence. C'est qu'en outre des lésions diffuses ou disséminées propres aux alcooliques

chroniques, ces sujets hémiplégiques sont encore sous le coup d'une lésion en foyer, sorte d'épine, d'agent irritatif dont l'action se surajoute aux troubles produits par la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux.

Les facultés intellectuelles sont également affaiblies, la mémoire est diminuée, le jugement moins sûr, l'imagination éteinte ; les idées confuses, mal coordonnées, reflètent l'incohérence, la sensibilité morale est très-affaiblie, la sensiblerie vient s'ajouter à l'indifférence et à l'apathie. Le délire, perdant son activité, conserve néanmoins ses caractères généraux avec le fond pénible désagréable qu'il offre dans l'alcoolisme aigu. Les illusions et les hallucinations, si elles se montrent encore, n'ont plus, sauf quelques exceptions, cette acuité, cette multiplicité si remarquables des premières périodes de l'alcoolisme, mais le sommeil reste troublé par des rêves et des cauchemars; souvent des préoccupations hypochondriaques surviennent avec des idées mélancoliques et quelquefois même avec une tendance au suicide ; mais ces saillies délirantes s'émoussent, les réactions sont moins promptes, moins bruyantes, une sorte d'incertitude, d'indécision règne sur toutes ces perceptions illusoires de l'esprit. On le voit, en dehors de l'hémianesthésie, il n'y a dans les symptômes, rien de spécial à cette forme particulière d'alcoolisme chronique. D'ailleurs ces troubles si singuliers de la sensibilité ne se montrent pas seulement dans l'alcoolisme, ils ne sont pas exclusivement en rapport soit avec une hémorrhagie, soit avec un ramollissement, soit avec une sclérose ; chacune de ces lésions peut les faire naître, mais à la condition que l'altération matérielle porte sur un point déterminé

de l'encéphale, c'est donc une question de siége, de topographie plutôt qu'une question de nature particulière de lésion. D'autre part, on doit le noter, chez la femme dans l'hystérie, cet ensemble symptomatique peut n'être qu'un simple trouble fonctionnel plus ou moins passager, sans lésion matérielle appréciable. Pour assigner aux différents symptômes leur valeur véritable, il importe de déterminer les régions des centres nerveux qui président au libre exercice de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale. D'après une théorie admise, en France, par plusieurs physiologistes, il semble que le centre de perception des impressions sensitives réside dans la protubérance annulaire; c'était là l'opinion de Longet, c'est l'opinion de M. Vulpian (1). Les expériences sont connues; on enlève à un lapin les hémisphères cérébraux, le cervelet, en conservant la protubérance annulaire ; l'excitation périphérique, le pincement du nez, de l'oreille, provoque des cris plaintifs, des cris de douleur, et non pas seulement un cri réflexe. D'autre part, l'animal se gratte plusieurs fois les narines avec les pattes antérieures après l'aspiration de l'ammoniaque. Chez le surmulot dépourvu également d'hémisphères cérébraux, de corps striés et de couches optiques, le pincement de l'oreille provoque un mouvement général des membres avec l'extension de la tête. Après un souffle brusque sur l'oreille, l'animal secoue la tête et les oreilles en clignant des yeux ; il adapte donc les réactions à la nature de

(1) Longet, *Anatomie et physiologie du système nerveux*. Paris, 1842, t. I, p. 431. — Vulpian, *Physiologie du système nerveux*. Paris, 1866, p. 543. — Pour M. Béclard, la protubérance est un conducteur de sensibilité et de mouvement à la manière de la moelle et du bulbe. *Traité de Physiologie*. Paris, 1862, p. 997.

l'excitation. Le centre de perception des impressions sensitives est donc dans la protubérance annulaire. M. Vulpian ajoute à propos du rôle de la protubérance annulaire, qu'elle paraît présider non-seulement à la sensibilité générale mais encore à certaines sensibilités spéciales. Ainsi, il me paraît certain, dit cet auteur, que les sensations auditives et gustatives ont lieu dans cette partie des centres nerveux. Chez le rat privé d'hémisphères cérébraux, de corps striés, de couches optiques, le moindre bruit le fait tressaillir, et le souffle brusque imitant celui qu'émettent les chats en colère détermine chez lui un brusque soubresaut. En admettant avec M. Vulpian l'influence de la protubérance annulaire sur l'ouïe et le goût, la lésion unique de ce centre perceptif n'expliquerait point la perte de l'odorat et de la vue qui existe chez la plupart des malades en question.

D'après une autre théorie, celle de Tood et de Carpenter, le centre de perception des impressions tactiles serait situé plus haut, il résiderait dans la couche optique, c'est là où les impressions sensitives se transformeraient en sensation; d'autre part, le corps strié, aboutissant du tractus moteur, serait en rapport avec l'exécution des mouvements volontaires.

C'est évidemment par l'étude approfondie des faits dont nous nous occupons que l'on pourra élucider ces questions difficiles de physiologie pathologique. Mais déjà les résultats cliniques et anatomopathologiques peuvent servir de guide et diriger l'attention sur les régions qui semblent devoir être le siége des altérations. Pour comprendre la plupart de ces observations, particulièrement celles de L. Turck, et pour suivre fructueusement

la distribution des lésions qu'il indique dans les planches dont il fait suivre son mémoire, il faut, sur une coupe transversale du cerveau, pratiquée immédiatement en arrière des corps mamillaires, se bien pénétrer des rapports réciproques des principaux groupes de cellules ou centres ganglionnaires. Sur la ligne médiane, et de haut en bas, nous voyons sur cette coupe, le corps calleux, la voûte à trois piliers, le troisième ventricule avec la commissure grise. De chaque côté et immédiatement en dehors la couche optique, plus en dehors et en haut le noyau caudé ou noyau intra-ventriculaire du corps strié; le long de la couche optique règne la capsule interne formée par la portion radiée de la base du pédoncule cérébral et par des fibres qui, du centre blanc hémisphérique, se rendent à la couche optique; plus en dehors se montre le noyau extra-ventriculaire du corps strié ou noyau lenticulaire subdivisé en trois segments concentriques. Entre les noyaux intra et extra-ventriculaires du corps strié se voit la continuation apparente de la capsule interne ou origine de la grande couronne rayonnante de Reil qui, pour Wagner et Kölliker, pour Luys et d'autres anatomistes, n'est point le prolongement des pédoncules cérébraux, mais bien la réunion de fibres qui, du centre blanc hémisphérique ou mieux de la couche corticale, se dirigent vers la couche optique où elles se terminent en grande partie. En dehors du noyau lenticulaire, se montrent une bandelette blanche ou capsule externe, une bandelette grise ou nucléole téniæforme ou avant-mur et enfin l'insula. En résumé, de dedans en dehors : 1° couche optique, et au-dessus noyau intra-ventriculaire du corps strié; 2° capsule interne avec la couronne rayonnante de

Reil; 3° noyau lenticulaire et plus en dehors capsule externe et avant-mur; 4° insula.

De toute cette vaste région une partie semble être plus spécialement le siége des lésions qui s'accompagnent d'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens, c'est une sorte de carrefour en rapport avec les différents centres, c'est l'espace qui comprend l'extrémité supérieure de la capsule interne avec l'origine de la couronne rayonnante et la portion supérieure du noyau lenticulaire. Dans les cas signalés par M. Charcot, de paralysie avec hémianesthésie et tremblement du même côté du corps, la lésion occupait la région postérieure de la couche optique et les parties adjacentes de l'hémisphère cérébral situées en dehors de celle-ci.

Les couches optiques et les parties externes avoisinantes se trouvaient compromises dans quelques autres cas d'hémianesthésie de la sensibilité générale cités par différents auteurs; mais les seules observations suivies d'autopsies dans lesquelles, avec l'anesthésie de la sensibilité générale se trouvait notée la perte de la sensibilité spéciale, sont celles de L. Turck (1). Sur les quatre faits de Turck, deux fois l'hémiplégie s'accompagnait d'hémianesthésie de la sensibilité générale avec anesthésie du goût, de l'odorat et de la vue, dans l'un de ces cas la lésion consistait en un ramollissement très-étendu du centre blanc de l'hémisphère gauche, comprenant les deux tiers externes de la couronne rayonnante de Reil. Dans l'autre cas, c'était un foyer hémorrhagique situé à

(1) Ludwig Türck, *Ueber die Beziehung gewisser Krankheitsherde des grossen gehirnes zur anästhesie.* (Aus dem XXXVI, Bande, § 191, des Jahrganges 1859, Der sitzungsberichte der mathem natur. Classe der kais. Akademie der Wissenschaften.)

la partie externe de la couche optique gauche, intéressant aussi en partie la capsule interne.

Dans les deux autres cas où la sensibilité générale était seule compromise, les lésions consistaient, pour le premier, en trois foyers de ramollissement dans l'hémisphère droit, occupant, mais avec des intervalles libres, l'espace compris entre le noyau caudé et le noyau lenticulaire; l'un des foyers était situé immédiatement en dehors de la queue du noyau caudé; un autre se trouvait en arrière et en dehors du premier sur le trajet de la couronne rayonnante; le troisième occupait une partie du segment externe du noyau lenticulaire qu'il dépassait légèrement en haut, de sorte que la couronne rayonnante était séparée, par places, de la capsule interne et de la couche optique.

Dans le second cas, il existait deux anciens foyers hémorrhagiques dans l'hémisphère droit, l'un situé au bord supérieur et externe de la couche optique qu'il débordait légèrement, l'autre dans le troisième segment ou portion externe du noyau lenticulaire du corps strié.

En résumé, la partie externe et supérieure de la couche optique, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la couronne rayonnante, telles sont les parties intéressées, mais on doit le remarquer dans tous les cas, même quand la lésion siége dans le noyau lenticulaire du corps strié, elle dépasse cette limite pour atteindre, dans une certaine étendue, la couronne rayonnante qui est en réalité la région le plus souvent compromise. Cette région était encore atteinte dans un cas récent que M. Charcot a eu l'obligeance de me communiquer; il s'agissait d'une hémianesthésie avec mouvements choréiformes du côté

droit, et à l'autopsie on avait trouvé un ramollissement lacunaire à gauche, au pied de la couronne rayonnante dans la circonvolution de l'opercule.

Les faits suivants ajoutés aux deux observations déjà mentionnées (Obs. XIX et XXIII) de paralysie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens, donneront une idée assez nette des caractères et de la marche de ces accidents.

Observation XXIX. — *Excès de boissons; absinthe. — Céphalalgie; vertiges; attaques épileptiques. — Tremblement; hallucinations. — Attaque apoplectique; hémiplégie incomplète droite; hémianesthésie droite avec diminution, puis abolition du goût et de l'odorat; dysécée suivie de surdité complète; amblyopie et dyschromatopsie aboutissant à la perte absolue de la vision du côté droit.*

L. Pierre, 59 ans, journalier, ancien militaire, adonné depuis nombre d'années aux boissons alcooliques, contracte en Afrique l'habitude de boire de l'absinthe dont il prend jusqu'à six à sept verres par jour. Peu après ces derniers excès, à l'insomnie habituelle avec rêves et cauchemars, à la perte d'appétit et à la pituite du matin, s'ajoutent de violents maux de tête, des étourdissements, des vertiges et des attaques convulsives, accompagnées de perte de connaissance, de morsure à la langue et d'évacuations involontaires. Plus tard, il se plaint d'engourdissements, de fourmillements et de crampes dans les membres. A différentes reprises il remarque du tremblement des mains, il est tourmenté par des visions effrayantes, il entend des injures, des menaces contre sa vie. Cet état se continue pendant plusieurs années, s'amendant ou s'aggravant selon que L... peut plus ou moins facilement se livrer à ses habitudes d'ivrognerie. Pendant quatre ans, de 1865 à 1869, il fait de longs voyages en mer et devient plus sobre; sa santé s'améliore; il débarque à la Martinique et séjourne à Saint-Pierre où il se remet à boire. Un jour, en travaillant, il perd subitement

connaissance pendant un temps qu'il ne peut préciser, mais il se souvient que, revenu à lui, il se trouve à l'hôpital, la parole très-embarrassée, paralysé de tout le côté droit.

Six semaines après, la faiblesse musculaire diminue, il se lève, marche, traînant la jambe droite ; au bout de quatre mois, on peut l'occuper à l'hôpital comme infirmier, en le chargeant, toutefois, des travaux les moins pénibles. En 1871, il revient en France, et de retour à Paris, il vit misérablement, gagnant avec peine de quoi pourvoir à ses premiers besoins, mais sans renoncer, toutefois, aux habitudes alcooliques.

A son entrée à l'Asile, le 12 juin 1872, il présente de l'hébétude, comprend à peine les questions qu'on lui adresse, se retourne et regarde avec crainte ; il entend des paroles injurieuses; il voit des chats, des ombres, des hommes noirs. Il éprouve de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges; il présente un tremblement des mains plus marqué à droite et une faiblesse de tout le côté droit du corps. Pendant la nuit, il est agité par des rêves, des cauchemars, des hallucinations; au jour, il devient plus tranquille, mais il paraît encore inquiet et préoccupé.

Du 14 au 30 juin. Il se rassure peu à peu, n'accuse plus d'hallucinations dans la journée, mais il se montre apathique, indifférent, reste assis les bras croisés, si on ne lui parle pas; travaille et joue, quand on le presse, mais il est sans initiative et ne se plaint nullement de sa séquestration ; les facultés sont d'ailleurs affaiblies, et la mémoire est infidèle. Pendant la nuit, de temps à autre, il voit des animaux qui l'effrayent, des singes, des chevaux, des hyènes.

Il se plaint habituellement de pesanteur de tête, de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements, de lueurs et de flammes devant les yeux, de crampes dans les membres, principalement dans le côté droit. Le tremblement est plus accusé dans la main droite, surtout quand les membres supérieurs sont tenus une ou deux minutes dans l'extension ; la fatigue arrivant vite, le bras droit tend à s'abaisser, et au tremblement plus fort on voit s'ajouter de petites secousses irrégulières dans les doigts. Dans une première exploration avec le dynamomètre, la main droite pousse l'aiguille jusqu'à la

16e division, et la main gauche jusqu'à la 27e. Cet examen répété les jours suivants indique toujours une faiblesse plus grande de la main droite qui arrive à 22 — 20 — 17, tandis que la main gauche porte l'aiguille à 31 — 37 — 31. La jambe droite est aussi plus faible, le malade peut sauter sur le pied gauche, mais le droit ne peut être détaché du sol. Le côté paralysé est le siége d'une notable anesthésie : le toucher, le chatouillement, les piqûres, les corps chauds ou froids sont à peine sentis, non-seulement dans le bras et la jambe, mais encore dans la moitié droite de la tête et du tronc.

L'odorat est très-affaibli dans la narine droite; l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, ne réveillent aucune sensation; le vinaigre affecte légèrement la muqueuse, mais le malade ne le reconnaît pas. Les caractères de ces substances sont bien appréciés par la narine gauche.

La moitié droite de la langue ne perçoit ni le sucre, ni le sel, ni la coloquinte; la moitié gauche distingue ces substances. La muqueuse buccale est anesthésiée du côté droit et sent d'une manière très-incomplète, le toucher, la piqûre, l'action du chaud et du froid.

L'acuité de la vision est moindre à droite : l'œil de ce côté peut lire seulement des caractères d'un centimètre, l'œil gauche lit des caractères de trois millimètres.

L'œil droit est affecté de dyschromatopsie, il distingue les couleurs rouge et bleue (n. 10 de l'échelle chromatique du docteur Galezouski), mais le violet paraît blanc, le jaune paraît blanchâtre. L'œil gauche reconnaît du premier coup toutes les couleurs.

Juillet. L'état intellectuel est stationnaire, le malade se montre plein d'indifférence; il répète les mêmes choses, quelquefois se contredit et donne des dates inexactes; par moments, il a de la sensiblerie et pleure sans motifs. Le tremblement a beaucoup diminué; toutefois, il suffit de faire placer les bras dans l'extension pour le voir reparaître dans la main droite. La paralysie du mouvement et de la sensibilité générale et des sens n'a pas augmenté. La jambe droite s'engourdit rapidement quand le malade reste assis, elle fléchit dès qu'il se relève et il est obligé de la soulever, de la secouer, de frapper à terre pour rendre la marche possible.

Il éprouve fréquemment de la céphalalgie, des battements dans la région frontale, des étourdissements; des crampes et des fourmillements surtout dans le côté droit.

Août. Même état intellectuel, lenteur des conceptions, toutefois cauchemars et hallucinations; il voit des fantômes, des gens qui parlent; il entend remuer autour du lit. Étourdissements fréquents, vertiges, brouillards devant les yeux, élancements et crampes dans la jambe et le bras droit. L'anesthésie cutanée n'a pas fait de progrès : les piqûres un peu fortes, les sensations douloureuses, sont encore perçues. L'application dans le sens de l'axe du membre, sur la face externe de la cuisse droite, des deux pointes de l'esthésiomètre, écartées de 13 centimètres, donne la sensation d'une piqûre seulement, la sensation de deux piqûres s'obtient avec un écart de 15 centimètres. A gauche, dans la même région, le malade perçoit deux piqûres à la distance de 9 centimètres.

A la face interne de la cuisse droite, par l'écartement de 10 centimètres entre les deux pointes, on obtient la sensation d'une seule piqûre; la sensation de deux piqûres se produit si l'on augmente l'écartement de 1 à 2 centimètres; à gauche et dans la même région, les pointes de l'esthésiomètre, éloignées de 6 centimètres donnent la sensation de deux piqûres. Sur la face externe du bras droit, l'application de deux pointes à 10 centimètres de distance donne la sensation d'une seule piqûre; sur le bras gauche un écartement de 6 centimètres laisse percevoir la double sensation. Le côté droit du front ne sent qu'une piqûre, les deux pointes étant éloignées de 6 centimètres, et à gauche, la sensation de deux pointes s'obtient à la distance de 3 centimètres seulement.

Septembre et octobre. Le malade continue à éprouver des étourdissements, des vertiges accompagnés d'alternatives de pâleur et de rougeur de la face, de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes, quelquefois de la contracture dans le bras et la jambe du côté droit avec roideur et flexion des doigts qui reviennent sur eux-mêmes dès qu'on les redresse. Il survient aussi parfois de la douleur dans la joue droite avec léger trismus ou bien claquement

involontaire des mâchoires. L'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, la teinture de musc ne donnent aucune sensation dans la narine droite, mais sont reconnus à gauche.

Le sucre, le sel, la coloquinte ne procurent aucune saveur sur le côté droit de la langue; à gauche, au contraire, les caractères de ces substances sont parfaitement appréciés.

L'oreille droite, siége de bourdonnements incessants, perçoit les battements de la montre à 2 centimètres seulement du pavillon de l'oreille; à gauche, ils sont entendus à 30 centimètres.

Novembre et décembre. Vertiges fréquents, tournoiement de tête, perte d'appétit, pâleur, altération de la face et expression de souffrance. Parfois, le soir, léger mouvement fébrile et céphalalgie plus forte. L'exploration de la poitrine ne donne rien de particulier. Les urines claires, ambrées, acides, n'offrent ni sucre ni albumine. De temps à autre, hallucinations la nuit; L... se lève, regarde sous le lit, dans les coins de la chambre, il lui semble, dit-il, que quelqu'un est entré, qu'on l'appelle, qu'on l'a tiré par les pieds.

Du côté droit, l'hémiplégie augmente, le bras et la jambe offrent des crampes douloureuses; l'anesthésie cutanée progresse, les épingles profondément plantées sont à peine senties, et le malade localise la douleur dans une région plus rapprochée du tronc; il rapporte ainsi à la jambe la piqûre du pied, au genou celle du mollet, à la cuisse celle du genou.

L'odorat est presque nul à droite; l'acide acétique maintenu sous la narine, quoique provoquant du larmoiement, est à peine senti; à gauche, toutes les odeurs continuent à être exactement appréciées.

Aucune saveur n'est reconnue du côté droit. L'ouïe continue à s'affaiblir, et la montre doit être appliquée sur l'oreille même pour que ses battements soient entendus; les bourdonnements sont fréquents; parfois, il y a des tintements, des bruits de cloche, il semble, dit le malade, que l'air pénètre constamment dans l'oreille.

La vue s'obscurcit à droite, tous les objets paraissent enveloppés d'un nuage, les caractères les plus gros ne peuvent plus être distingués.

L'examen ophthalmoscopique pratiqué à diverses reprises ne laisse rien découvrir dans les milieux ni les membranes de l'œil ; la papille est physiologique, d'une teinte rosée, les vaisseaux sont normaux, toutes les parties paraissent normales, l'on ne voit rien de particulier dans la région de la macula.

Janvier et février 1873. Les facultés continuent à baisser, les étourdissements et les vertiges s'accompagnent parfois d'une obtusion qui dure toute la journée. Le sommeil est troublé par des cauchemars et des hallucinations pénibles. L... voit du feu, des incendies, entend des émeutes, des tambours, la fusillade.

Les forces musculaires diminuent à droite; l'anesthésie est très-accusée, les pincements, les piqûres d'épingle ne sont plus sentis; le malade, les yeux fermés, n'a pas conscience des mouvements imprimés au bras et à la jambe du côté droit; il ne sent pas non plus les corps chauds ou froids, lourds ou légers déposés sur la peau.

Bourdonnements, bruits de cloche dans l'oreille droite; la voix très-élevée est à peine entendue. Du même côté, la vision continue à s'affaiblir, le goût est aboli; la narine droite ne peut distinguer aucune odeur. Du côté gauche, la sensibilité générale n'est pas modifiée, et les organes des sens sont intacts.

Mars, avril, mai. Les facultés sont affaiblies, mais en raison de l'hébétude dont s'accompagnent les étourdissements et les vertiges, la démence paraît plus profonde qu'elle n'est en réalité. Les rêves et les cauchemars continuent à troubler le sommeil. Le bras et la jambe du côté droit sont le siége d'engourdissements, de frémissements et de crampes avec roideur des doigts, la paralysie reste stationnaire, l'hémianesthésie est complète ; le sens musculaire est aboli. Si, les yeux étant fermés, on arrête le bras droit dans le cours d'un mouvement, L... ignore si son mouvement est accompli; lorsque l'objet à atteindre est une partie du corps du côté sain, la joue, l'oreille par exemple, aussitôt qu'une main étrangère touche ces organes, L... croit avoir effectué le mouvement et annonce qu'il a atteint l'organe désigné. L'anesthésie des sens persiste à droite, de l'autre côté les sensations sont normales.

Juin, juillet. Vertiges, lourdeur de tête, battements dans

la région frontale, bourdonnements plus marqués à droite, hallucinations plus particulièrement la nuit.

L'hémiplégie droite augmente légèrement, le malade ne peut se tenir sur le pied droit même en s'appuyant contre un meuble ; il éprouve, dans le bras et la jambe des frémissements, de l'engourdissement et des crampes.

L'anesthésie est complète dans tout le côté droit jusqu'à 2 centimètres de la ligne médiane où la sensibilité commence à reparaître pour devenir normale à gauche à 1 ou 2 centimètres au delà du plan médian. Sur le tronc, le bras, la jambe, la tête, la face, une épingle peut traverser la peau sans que le malade accuse la moindre sensation. Il en est de même pour les muqueuses buccale, nasale, palpébrale, etc. ; une cuillère promenée sur le côté droit du voile du palais ne provoque pas de nausées; chauffée ou refroidie, son contact n'est senti sur aucune partie de la moitié droite de la cavité buccale. Les corps étrangers introduits dans la narine droite, dans le conduit auditif externe ne provoquent aucune sensation.

Le malade n'a nulle conscience des mouvements de la main droite quand l'œil ne la dirige pas.

Le bras et la jambe du côté droit sont au toucher plus froids que ceux du côté gauche, et le thermomètre maintenu un quart d'heure dans chaque main parfaitement fermée donne 34°,8 pour la main gauche et 34°,2 pour la droite. L'anesthésie des organes des sens n'a pas diminué.

L'exploration de la sensibilité dans les parties superficielles et profondes à l'aide des courants continus avec 50 éléments (appareil Trouvé) donne les résultats suivants : Le courant n'est senti sur aucune partie du côté droit. En mouillant les excitateurs et, à l'aide de l'inverseur adapté à l'appareil, on peut obtenir, à la fermeture et à l'ouverture du courant, dans chaque groupe musculaire des secousses aussi énergiques à droite qu'à gauche, mais à droite la secousse ne s'accompagne d'aucune sensation, et le malade ne juge des phénomènes que par la vue seule de la contraction musculaire, tandis qu'à gauche celle-ci s'accompagne d'une vive douleur.

L'application des deux excitateurs de chaque côté de la nuque ou aux deux tempes provoque des phosphènes. Avec

7 éléments, le malade aperçoit, dit-il, des lueurs, avec 9 et 15 éléments ce sont des éclairs, mais cette perception lumineuse ne se fait que dans l'œil gauche, l'œil droit reste tout à fait insensible.

Les deux excitateurs appliqués sur le côté droit de la langue avec 20, 30 et 50 éléments provoquent, à l'aide de l'inverseur, des contractions brusques dans les muscles du côté droit, mais ne donnent lieu à aucune sensation ; du côté gauche, au contraire, l'application des excitateurs sur la langue avec 20 éléments provoque des contractions douloureuses, un goût métallique très-accusé et une sensation de picotement et de brûlure.

L'excitateur négatif étant appliqué sur l'apophyse mastoïde droite et le fil simple de l'excitateur positif placé sur un bourdonnet de coton mouillé introduit dans le conduit auditif externe gauche, détermine avec 15 éléments la sensation d'un son analogue, d'après le malade, au tintement du cristal. En appliquant l'excitateur négatif sur l'apophyse mastoïde gauche et l'autre excitateur sur le coton mouillé de l'oreille droite, aucun son n'est perçu, quelle que soit l'intensité du courant avec 20, 30, 50 éléments.

L'application du courant induit sur le côté droit du corps ne fait naître aucune sensation, soit qu'on électrise la peau à l'aide de la brosse ou du balai électrique, soit que le courant pénètre profondément à l'aide de tampons; mouillés les contractions musculaires sous l'influence des interruptions lentes ou rapides, quelle que soit l'intensité du courant, ne sont pas senties, quoique les secousses soient aussi énergiques qu'à l'état normal. A gauche la sensibilité électro-cutanée est conservée, de même que la sensibilité électro-musculaire.

Août, septembre. L'affaiblissement intellectuel n'offre pas de changement notable. L'anesthésie est complète du côté droit; un jour. le malade se brûle le dos de la main contre la plaque d'un fourneau sans le sentir, une autre fois, il introduit et laisse la jambe droite dans un bain de pieds trop chaud, jusqu'à ce que le pied gauche porté, à son tour, dans le bassin vienne l'avertir de la température élevée du liquide. La sensibilité profonde est également abolie. D'autre part, la main droite ne peut effectuer aucun mouvement, si elle

n'est dirigée par le regard. Dans la marche, les yeux fermés, il suffit d'appuyer légèrement sur le côté anesthésié, pour que L... accomplisse, à son insu, un mouvement de manège. La paralysie continue à progresser, le pied droit traîne légèrement sur le sol, la main droite pousse l'aiguille du dynamomètre jusqu'à la 6e division, la gauche arrive à la 25e. Tout le côté droit est plus froid, et, par l'examen comparatif répété plusieurs fois, on obtient une différence notable, toujours au préjudice de la main anesthésiée. Le 11 août, la main droite donne 33°,8, la gauche 36°; le 12, la main droite 27°,8, la gauche 30°,8; le 13, la main droite 32°,6, la gauche 34°,1; le 15, la main droite 29°,5, la gauche 30°,6. La sensibilité spéciale est abolie du côté droit; la narine droite ne perçoit aucune odeur, et un flacon d'acide acétique placé au-dessous n'est point senti, malgré ses propriétés à la fois odorantes et excitantes; ces dernières, cependant, exercent une certaine action sur les yeux qui se remplissent de larmes. La coloquinte, le piment restent sans action sur le côté droit de la langue. L'oreille droite n'entend plus rien; la cécité est complète à droite; l'œil reste ouvert devant le soleil sans percevoir aucune sensation, toutefois la mobilité de la pupille persiste, elle se dilate à l'ombre, se resserre à la lumière.

Octobre. Pendant quelques jours L.. a éprouvé des maux de tête, des étourdissements plus fréquents, de l'embarras gastrique et de la fièvre le soir. Le délire et les hallucinations pénibles se sont montrés de nouveau. L... voyait des flammes, des incendies, s'imaginait qu'on voulait l'emprisonner, croyait avoir jeté des enfants par la fenêtre. Au bout de six jours ces accidents ont cessé, le sommeil et l'appétit sont devenus meilleurs et le malade est retombé dans son apathie ordinaire. L'exploration de la sensibilité générale et des sens, par les agents organoleptiques et les courants continus et induits, donne des résultats analogues à ceux du mois dernier; l'hémianesthésie est complète.

L'œil droit frappé de cécité, examiné encore à l'ophthalmoscope, n'offre rien d'anormal; la papille conserve sa transparence et sa teinte rosée physiologique, les vaisseaux, artères et veines, parcourent régulièrement leur trajet sans altération particulière soit au niveau, soit au delà de la papille.

Le pouls dont nous donnons le tracé pris sur la radiale gauche révèle l'altération profonde déjà subie par le système vasculaire ; la ligne ascendante est suivie, en effet, d'un plateau très-étendu après lequel retombe brusquement la ligne descendante. Tout autant de caractères assignés, on le sait, à l'athérome vasculaire.

TRACÉ III. — POULS DE L.., RADIALE GAUCHE ; 15 NOVEMBRE 1873. ALCOOLISME CHRONIQUE.

Le traitement, en dehors de quelques purgatifs salins et aloétiques, a consisté dans l'emploi de l'iodure de potassium et de toniques, vin et extrait mou de quinquina, tisanes amères, bains sulfureux.

Cette observation a l'avantage de montrer la marche progressive des troubles de la sensibilité, sinon depuis le début même des accidents, du moins, depuis l'époque où la sensibilité générale commence à s'émousser et la sensibilité spéciale à se pervertir et à s'affaiblir. Les troubles de la vision aboutissant à la cécité complète, sans le moindre changement appréciable dans la papille ni la rétine, expliquent le siége exclusivement cérébral (hémisphérique) de l'altération matérielle. Les lésions des corps quadrijumeaux, celles de la base, ou bien les lésions qui plus éloignées agissent par compression, s'accompagnent assez rapidement de changements dans les bandelettes, le chiasma, et les nerfs optiques qui ne tardent pas à se traduire, par des altérations manifestes du fond de l'œil. Il est probable que les autres nerfs de la sensibilité spéciale, malgré la perte de la fonction ne sont pas

davantage altérés, et la constatation anatomique de ce fait ne sera pas sans quelque importance, au point de vue de la physiologie pathologique du cerveau.

Enfin, deux particularités à relever, en dehors de ce qui a été dit dans le cours de ce travail, c'est l'apparition, au début chez ce malade, d'attaques épileptiques à la suite d'abus d'absinthe (épilepsie absinthique), tandis qu'à la fin de l'intoxication, nous voyons prédominer les étourdissements et les attaques apoplectiformes, symptomatiques des lésions matérielles déjà produites dans le cerveau. En second lieu, L... a présenté à plusieurs reprises, sans nouveaux excès, mais sous l'influence de malaise et de fièvre, des accès passagers de délire pénible rappelant entièrement le délire alcoolique.

Observation XXX. — *Excès de boissons dès l'âge de* 19 *ans. Abus d'absinthe* (attaque épileptique). — *Depuis* 2 *ans dysécée, et parésie à droite; tremblement plus marqué du côté droit. — Accès de délire alcoolique. — Hémianesthésie et faiblesse musculaire droites. — Amblyopie. — Dysécée; abolition du goût, de l'odorat, du côté droit. — Amélioration notable.*

M.. François, 37 ans, camionneur, entre à Sainte-Anne le 7 mars 1873, muni du certificat médical suivant : « Délire alcoolique aigu. — Divagations incohérentes. — Terreurs. — Tentatives de suicide. — Le malade prétend qu'on veut lui arracher la cervelle. »

Dans son enfance M.. s'est fracturé l'avant-bras droit, mais sa santé générale a été bonne ; engagé à 19 ans, il a contracté assez vite l'habitude de boire. Pendant les campagnes de Crimée et d'Italie où il a été blessé à la cuisse et a eu un orteil gelé, il a éprouvé à plusieurs reprises du tremblement des mains, des lourdeurs de tête avec des maux d'estomac accompagnés de crachats pituiteux le matin, *amers comme du fiel*, selon son expression.

Dans les deux dernières années passées sous les drapeaux,

il s'est adonné plus particulièrement à l'absinthe, et il paraît avoir eu un accès de délire alcoolique avec des accidents convulsifs sur lesquels il ne peut fournir de renseignements précis; toutefois il se serait mordu la langue et aurait uriné au lit.

Marié à 30 ans, il a eu quatre enfants, l'un rachitique, mort de bonne heure; un second a succombé aux suites d'une broncho-pneumonie; les deux survivants jouissent d'une bonne santé.

Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis, et l'on ne trouve, en effet, sur son corps, aucune trace d'accidents de ce genre.

Il y a 5 ans, il a été pris entre les tampons de deux wagons de chemins de fer et traîné sur la voie dans l'étendue de 5 à 6 mètres; la pression s'était exercée sur le ventre et la région lombaire. Il n'a pu se tenir debout pendant trois mois, il a commencé ensuite à marcher avec l'aide d'une canne, au bout de dix mois il a pu reprendre son travail, mais il a conservé pendant quelque temps encore un peu de faiblesse.

Vers cette même époque, il éprouvait des vertiges, tout tournait autour de lui, il était obligé de s'arrêter, de s'appuyer ou de s'asseoir pour ne pas tomber. Depuis deux ans il s'aperçoit que l'oreille droite devient dure; et, dès l'année dernière, le bras et la jambe du côté droit ont commencé à trembler avec cette particularité plusieurs fois reproduite, que le tremblement est plus marqué le *lundi,* c'est-à-dire le lendemain du jour où dominent les excès de boissons. Il buvait actuellement de la bière et surtout du genièvre.

Dans les premiers jours de mars à la suite de nouvelles libations, quittant subitement sa femme et ses enfants, il est parti de Lille pour Paris, avec l'argent recueilli dans la journée pour le compte du patron. A Paris, il se livre pendant quelques jours à une débauche effrénée.

Pris d'un accès de délire alcoolique, il enjambe la fenêtre de sa chambre et reste ainsi posé, criant, gémissant, n'osant sauter dans la rue où une foule immense, dit-il, veut le jeter à l'eau, ni rentrer dans la chambre occupée par des gens armés qui veulent l'assassiner. On se rend maître de lui, on le conduit che le commissaire, où saisissant un couteau, il essaie de se suicider et se fait deux piqûres à la région précordiale.

A son entrée à l'Asile, il est en proie à des hallucinations in-

cessantes. On le menace, on l'injurie, on veut l'assassiner; il voit des hommes armés de sabres rôder autour de lui; il aperçoit des sergents de ville.

Tremblement considérable des mains et des jambes, plus marqué du côté droit. Langue humide; pas de fièvre; les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Traitement : Deux pots de limonade citrique.

Un pot de bouillon.

Bain.

11 mars. La première nuit s'est passée sans sommeil; le lendemain le malade a été tranquille pendant quelques heures au milieu du jour. Le matin, il répond assez exactement aux questions, il n'a pas d'hallucinations, mais la nuit avait encore été agitée.

Céphalalgie frontale, étourdissements, crampes dans les membres. Le tremblement persiste plus marqué du côté droit.

Traitement: Un pot de tisane de gentiane.

2 grammes de bromure de potassium.

13 mars. Le malade est calme et tranquille et se prête à une exploration complète.

Le tremblement est continu dans les deux mains; à peine marqué à gauche, il est très-accusé à droite où il affecte un rhythme assez régulier, ayant quelque analogie avec le tremblement de la paralysie agitante. Il s'exagère par moments, cesse pendant le sommeil, mais recommence si le malade quoiqu'endormi se remue dans le lit; ce qui a lieu quelquefois sous l'influence des cauchemars.

Dans l'extension, le bras droit se fatigue vite et tremble beaucoup plus ; la jambe droite soulevée au-dessus du plan du lit se fatigue beaucoup plus vite que la gauche et tremble également davantage.

La pression est beaucoup moindre à droite, qu'à gauche; le malade se tient à peine sur le pied droit et saute facilement sur le gauche.

Anesthésie marquée de tout le côté droit : le souffle nullement senti sur la jambe droite l'est un peu sur le bras droit; sur tout le côté gauche il est senti même quand il est faiblement lancé.

Les piqûres d'épingle sur tout le côté gauche sont moins bien senties qu'à l'état normal; à droite, l'hémianesthésie est complète sur toute la moitié du corps, face, cou, bras, poitrine, verge, jambe. Le chatouillement ne produit pas de mouvement réflexe, il semble, dit le malade, qu'il y a un parchemin entre le doigt et la peau, je le sens à peine.

La température est mal appréciée à droite, elle est bien perçue à gauche.

La sensibilité électro-cutanée est très-affaiblie à droite, elle est conservée à gauche. La sensibilité électro-musculaire est également diminuée à droite; les muscles se contractent à droite aussi bien qu'à gauche, sous l'influence d'un courant d'induction, mais tandis qu'à droite on peut faire passer un courant très-énergique, tétanisant presque les muscles, sans provoquer de douleur, à gauche, un courant moins fort réveille comme à l'état normal une vive douleur qui empêche d'aller au delà. Le tact est très-émoussé, M.. promène le doigt sur un bouton d'uniforme, sur une pièce de monnaie sans apprécier les saillies ni distinguer les formes.

Les muqueuses offrent également un degré avancé d'anesthésie sur la moitié droite du corps.

On peut impunément titiller le côté droit de la luette, du voile du palais, du pharynx, sans provoquer la moindre nausée, le moindre effort de vomissement; à gauche, au contraire, la nausée reflexe ne se fait pas attendre.

On peut introduire dans la narine droite, le conduit auditif externe, des barbes de plumes, sans provoquer le moindre chatouillement, à gauche au contraire la sensation est désagréable comme à l'étal normal. La conjonctive, la sclérotique, la cornée même, sont peu sensibles à droite, on peut promener un bout de papier à leur surface, sans provoquer le moindre mouvement des paupières, toutefois en atteignant la cornée, le malade retire un peu la tête, quoiqu'il prétende ne pas sentir; c'est, sans doute, un mouvement instinctif, la rétine apercevant le corps étranger. La sensibilité générale de la langue est affaiblie sur la moitié droite, le goût est également très-émoussé sur le côté droit; les saveurs sucrées, salées, ne sont point perçues; la saveur de la coloquinte est à peine sentie. A gauche au contraire ces substances déterminent la

sensation habituelle. Les odeurs ne sont pas senties par la narine droite (eau de fleurs d'oranger, essence de menthe, camphre, vinaigre), elles provoquent dans la narine gauche les sensations normales.

Amblyopie à droite. A l'ophthalmoscope la papille et la rétine sont normales, les veines seulement sont légèrement injectées. — L'atropine dilate également les deux pupilles. Il n'y a pas de dyschromatopsie.

L'ouïe est affaiblie à droite : les battements d'une montre ne sont pas perçues à une distance de 3 centimètres par l'oreille droite ; l'oreille gauche les entend à 80 centimètres.

Lourdeur de tête ; douleur parfois violente mais sans élancements dans le côté gauche du front; étourdissements et quelquefois vertiges.

Rêves et cauchemars pendant la nuit.

Traitement : 2 grammes de bromure de potassium ; un pot de tisane de gentiane.

L'hémianesthésie persiste sans changement notable pendant dix jours, puis survient une légère amélioration, et le 11 avril, la vue paraît égale des deux côtés ; l'ouïe reste un peu affaiblie à droite; le goût est encore un peu obtus à droite, toutefois les saveurs du sel et du sucre sont assez bien perçues. L'odorat paraît normal des deux côtés. La sensibilité générale paraît émoussée à droite. Le tremblement a cessé des deux côtés.

Le malade est tranquille, s'occupe dans la journée, dort paisiblement.

Le traitement a consisté au début en l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour, et de tisane amère.

L'amélioration s'est maintenue, et le malade est sorti le 16 avril.

Les hémianesthésies complètes sont rares chez l'homme, mais la perte de la sensibilité tactile s'accompagnant de la diminution de la sensibilité spéciale dans un ou plusieurs sens est un fait encore plus exceptionnel, et à ce titre notre observation offre de l'intérêt. Mais avec l'anes-

thésie, existaient de la parésie et un tremblement rhythmique des mieux accusés surtout les premiers jours. Il est très-probable que cet ensemble de symptômes dépendait d'une lésion cérébrale ; et, malgré l'amélioration rapide qui s'est produite, l'existence de celle-ci ne nous paraît pas moins évidente, à cause des troubles cérébraux qui remontaient déjà à deux ans, céphalalgie frontale gauche, étourdissements, dureté de l'ouïe, sur lesquels le malade a insisté à plusieurs reprises avec la plus grande précision. Chez lui encore, nous voyons apparaître, après l'abus d'absinthe, des phénomènes (morsure de la langue, urines involontaires) qui permettent de penser à l'existence d'attaques épileptiques.

Observation XXXI. — *Alcoolisme chronique avec accès subaigus ; première entrée à Sainte-Anne le 25 septembre 1869 ; D.. avait injurié des sergents de ville dans la rue. — Deuxième entrée, le 15 février 1872 ; D.. avait insulté et menacé des soldats. — Troisième entrée, le 17 avril 1873 ; D.. avait frappé des passants et elle s'était introduite chez des inconnus, bouleversant tous les meubles et poursuivant un ennemi imaginaire. — Hémiplégie gauche ; hémianesthésie gauche de la sensibilité générale et des sens ; aggravation parallèle de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie.*

D... f^e^. de S.., 49 ans, couturière, entre à Sainte-Anne, le 25 septembre 1869. Elle fait habituellement des excès de boissons, elle prend du cassis tous les matins, depuis quelque temps elle dort mal, voit des ombres sur le mur, entend des menaces, s'effraye, se croit poursuivie. Dans la rue, elle a injurié les sergents de ville prétendant qu'ils voulaient l'assassiner. Le tremblement des mains très-considérable à l'arrivée s'amende dès le lendemain. La tête est lourde ; par moments, se montrent des étourdissements avec des engourdissements dans les membres. Les hallucinations pénibles disparaissent assez rapidement le jour, mais le sommeil est troublé et la malade conserve quelques idées de persécution.

D... s'améliore peu à peu et se trouve en état de quitter l'Asile en mars 1870.

Le 15 février 1872, elle entre pour la seconde fois à Sainte-Anne dans un accès de délire alcoolique ; elle avait repris ses habitudes d'ivrognerie ; le jour de son arrestation, elle avait insulté et menacé dans la rue des soldats qui passaient tranquillement et qui, disait-elle, l'appelaient communarde et voulaient la tuer. Depuis quelques jours déjà, elle dormait mal, elle avait des cauchemars et des hallucinations, elle voyait des fusils braqués sur elle, des voleurs, des assassins, des têtes hideuses sur le mur, qu'elle s'efforçait de couvrir avec des linges, mais qui reparaissaient aussitôt à côté. Elle tremblait si fortement des mains, qu'elle avait dû cesser le travail de couture ; elle n'avait plus d'appétit et elle vomissait quelquefois le matin. Au bout de sept mois elle sort guérie.

Le 17 avril 1873, elle revient à Sainte-Anne pour la troisième fois ; depuis quelques jours, elle était marchande à la foire aux pains d'épices, ce qui lui fournissait l'occasion de redoubler ses excès. Le 15 avril, elle perd ses paniers et sa marchandise, elle court dans les rues, heurtant et frappant les passants ; elle entre chez des gens qu'elle ne connaît pas, s'introduit dans une chambre, cherche sous le lit, derrière les meubles, bouleverse tout, entendant, disait-elle, une femme qui l'injuriait et qui se cachait. A son arrivée, elle est très-inquiète, effrayée ; elle entend la fusillade, des coups de canon, des voix qui se moquent d'elle, menacent de la jeter à l'eau ; elle voit des têtes grimaçantes qui changent de couleur, se multiplient, grossissent et se rapetissent successivement ; elle voit ses propres membres prendre des dimensions colossales, puis diminuer et devenir tout petits. Elle a un tremblement considérable des mains ; elle éprouve de la céphalalgie frontale, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ; elle rend le matin une pituite très-amère. L'auscultation cardiaque fait entendre un souffle au premier temps.

Au bout de quelques jours, le calme étant revenu, D... se prête plus volontiers à l'examen, et nous trouvons une hémiplégie incomplète avec de l'hémianesthésie du côté gauche. Le tremblement est un peu plus accusé du côté gauche. La jambe gauche plus faible ne peut se détacher du sol, la malade

saute au contraire facilement sur le pied droit ; la main droite porte l'aiguille du dynamomètre à la 22e division, la main gauche arrive à la 11e seulement. Du côté gauche le souffle, le chatouillement, les corps froids ou modérément chauds ne sont pas perçus ; une épingle traversant la peau est à peine sentie ; du côté droit, la sensibilité est normale dans tous ses modes. Les muqueuses nasale, buccale, conjonctivale sont également anesthésiées à gauche. L'oreille gauche entend à 10 centimètres les battements d'une montre, ceux-ci sont entendus à 50 centimètres par l'oreille droite. L'œil gauche peut lire seulement des caractères de 3 millimètres, l'œil droit lit les caractères de 1 millimètre. Les couleurs sont plus rapidement et plus facilement distinguées par l'œil droit. L'examen ophthalmoscopique ne révèle rien d'anormal d'aucun côté. La narine gauche ne reconnaît ni l'eau de fleurs d'oranger, ni le camphre, ni l'essence de menthe, ni le musc ; ces substances sont parfaitement reconnues par la narine droite. Le côté gauche de la langue reste insensible au sel, au sucre, à la coloquinte qui sont promptement reconnus dès qu'on les place sur le côté droit de l'organe.

La paralysie du mouvement et du sentiment augmente un peu dans les mois qui suivent. La malade peut coudre, mais elle est obligée de surveiller sans cesse la main gauche, elle se pique dès qu'elle ne regarde pas, et elle ne s'en aperçoit qu'en voyant les gouttes de sang tomber sur le linge.

15 novembre 1873. L'hémiplégie et l'hémianesthésie ont fait de sensibles progrès. La malade se tient difficilement sur la jambe gauche ; dans la marche, celle-ci fléchit quelquefois brusquement ; la jambe droite reste solide. La main gauche pousse l'aiguille du dynamomètre jusqu'à la 8e division, la droite jusqu'à la 20e. Les piqûres d'épingle, les pincements, les chatouillements, les corps chauds ou froids ne sont point sentis sur tout le côté gauche, à l'exception de l'hypochondre où le chatouillement et le pincement réveillent une faible sensation. A droite la sensibilité paraît normale. Le sens musculaire est affaibli à gauche, il en est de même de la sensibilité électro-musculaire. La montre n'est plus entendue par l'oreille gauche excepté lorsqu'elle est appliquée directement et qu'elle touche le pavillon. A droite, elle est entendue à 70 centimè-

tres. Quand l'oreille droite est bouchée, une voix élevée, le grincement d'une scie ne sont point entendus par l'oreille gauche; à droite la malade entend d'une façon normale. L'œil droit distingue rapidement toutes les couleurs, l'œil gauche les reconnaît plus lentement et plus difficilement; le bleu est pris pour le gris. L'acuité de la vision est moindre dans l'œil gauche qui ne peut pas lire les caractères au-dessous de 3 millimètres. Diverses substances sapides placées sur le côté gauche de la langue ne développent aucune sensation; toutes les saveurs sont reconnues à droite. La narine gauche ne reconnaît aucune substance, la droite distingue parfaitement l'eau de fleurs d'oranger, le camphre, l'essence de menthe, le musc.

Il y a une quinzaine de jours, une épingle s'est cassée dans la main gauche de D... sans qu'elle en ait eu conscience. Etourdissements, vertiges, bouffées de chaleur vers la tête, bourdonnements et sifflements d'oreilles plus marqués à gauche; parfois sensation de froid dans tout le côté. L'intelligence est légèrement affaiblie, le sommeil est encore troublé de temps à autre par des cauchemars.

Observation XXXII. — *Alcoolisme chronique avec accidents sub-aigus. — Hémiplégie gauche avec hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens; amélioration. — Anosmie persistante à gauche.*

S... Louis, 46 ans, fruitier, entre à Sainte-Anne le 28 février 1868, après avoir déjà été traité deux fois à Bicêtre pour des accidents alcooliques. A son arrivée, il présente un accès de délire alcoolique sub-aigu enté sur de l'alcoolisme chronique. On note une hémiplégie incomplète du côté gauche, faiblesse du bras et de la jambe, abaissement de la commissure, mais ni la sensibilité générale ni les sens ne sont explorés.

De 1868 à mai 1873, il entre quatre fois à l'asile pour même délire. A cette dernière date, il a des hallucinations multiples, pénibles, de tous les sens : il voit des chats, des rats; il a cassé chez lui des bouteilles pour boucher des trous qu'il voyait sur le mur; il entend la voix de ses parents, des cloches, des coups de fusil; il sent des odeurs désagréables; on met du poison dans ses aliments qui lui donnent des coliques; il

éprouve des picotements sur la peau, des engourdissements, des crampes dans les membres.

Le côté gauche est plus faible, la main droite arrive à la 34e division, l'autre main à la 26e; il saute moins bien sur la jambe gauche. Dans tout le côté gauche, le toucher, le pincement, les piqûres, la température sont moins bien sentis: l'anesthésie est plus accusée au bras qu'à la face et à la jambe. La narine gauche ne sent ni l'eau de fleurs d'oranger, ni le camphre, ni le vinaigre, qui sont parfaitement perçus par la narine droite.

Le côté gauche de la langue ne distingue ni le sucre, ni le sel, ni l'aloès, ni la coloquinte; ces substances sont reconnues à droite très-rapidement.

La vue est légèrement affaiblie à gauche. L'oreille gauche n'entend pas les battements d'une montre au delà de 20 centimètres, la droite les entend à 60 centimètres.

L'hémiplégie et l'hémianesthésie s'améliorent parallèlement, et, au bout de deux mois, on ne remarque nettement qu'une anosmie très-prononcée à gauche, le malade ne sent ni le camphre ni le vinaigre par la narine gauche; la narine droite, au contraire, les distingue très-bien.

ARTICLE VI

TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE.

Ce que nous avons dit à propos des malades prédisposés, atteints de délire alcoolique à rechutes fréquentes, nous dispensera d'entrer ici dans de grands développements. La séquestration ou bien une surveillance très-active, quand les malades améliorés ou en rémission vivent au dehors, nous paraît indispensable. Ces malades, en effet, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire, affaiblis dans leurs facultés intellectuelles, morales et affectives, sont livrés, sans défense, aux caprices de leurs appétits instinctifs. Il faut absolument les empêcher de faire de nouveaux excès; l'alcool, en effet, exerce sur

ces organismes dégénérés l'action la plus fâcheuse, il suffit de faibles doses de poison pour provoquer chez eux de graves accidents et compromettre l'existence. A l'Asile les soins hygiéniques prendront la plus grande part du traitement ; on procurera à l'alcoolique chronique, qui n'aura pas encore atteint une démence avancée, une occupation facile, exigeant, autant que possible, un peu de mouvement, de déplacement, au grand air. Il faudra néanmoins, si on les occupe à des travaux agricoles, éviter, avec le plus grand soin, de les envoyer dans les champs en été sous les rayons d'un soleil ardent, ou bien en hiver au moment des froids les plus vifs. Une chaleur forte, un froid rigoureux sont également dangereux pour ces malades. Il ne faut pas oublier, en effet, que chez les alcooliques chroniques la circulation cérébrale est notablement gênée, que l'état athéromateux des gros vaisseaux, que la stéatose des capillaires, provoquent fréquemment, et en dehors de toute cause extérieure, des troubles ischémiques ou congestifs dont les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, les éblouissements avec la pesanteur et la lourdeur de tête, sont l'expression phénoménale. Ces mêmes considérations s'appliquent également aux alcooliques chroniques qui marchent vers la paralysie générale ou qui sont déjà devenus paralytiques. La sclérose diffuse, on le sait, est éminemment favorable aux troubles circulatoires.

Cette disposition morbide réclame certaines précautions. Il faudra surveiller le régime, régler l'appétit quelquefois vorace des malades, supprimer les aliments de digestion difficile, éviter surtout, le soir, les repas copieux pour prévenir l'indigestion, la paresse et la plé-

nitude d'estomac, si favorables aux poussées congestives vers le cerveau.

Guidé par ces mêmes considérations, on aura recours aux révulsifs du côté de la peau et du tube digestif ; soit aux bains de pieds sinapisés, soit aux frictions sur les membres inférieurs avec l'huile de croton tiglium ou la pommade stibiée, que M. Baillager emploie fréquemment pour des indications analogues dans la première période de la paralysie générale. L'aloès sera très-utile non-seulement en débarrassant l'intestin, mais encore par son action élective sur les organes du petit bassin, et son influence marquée sur le développement des fluxions hémorrhoïdaires. Les lavements salés, les lavements purgatifs, seront les adjuvants de cette médication. On pourra également, selon le besoin, recourir à l'usage de ventouses scarifiées à la nuque, et aussi de ventouses sèches sur la colonne vertébrale et les membres inférieurs.

Les toniques, sous toutes les formes, grand air et hygiène, alimentation, agents thérapeutiques, doivent fournir la base de la médication. Les tisanes amères, ainsi que nous l'avons déjà signalé, entre les repas, ou pendant les repas sont utiles. Le vin de quinquina après le repas, l'extrait mou de quinquina, trouveront ici également leur application favorable. Le mélange de sirop de quinquina, de sirop d'écorces d'orange, de vin de Bagnols ou de vin de Bordeaux, à la dose de 50 à 80 grammes après le repas, nous ont paru de quelque utilité. L'iodure de potassium à la dose de 1 à 3 grammes par jour sera utile surtout dans les cas d'alcoolisme chronique avec tendance à la paralysie générale. On sait que

Marcet (1) a préconisé l'emploi de l'oxyde de zinc, mais c'est surtout dans le délire alcoolique simple que ce médicament paraît avoir eu de l'efficacité, c'est-à-dire dans les cas, où le repos et une bonne hygiène amènent la guérison.

Magnus Huss a vu diminuer les douleurs épigastriques et le pyrosis sous l'influence de l'huile empyreumatique, qui donne sa saveur spéciale à l'eau-de-vie de pomme de terre (*fermentoleum solani*) à la dose de 5 à 10 centigrammes, cinq ou six fois par jour, dans une potion ou en pilules.

Enfin M. Foville (2) rappelant l'action de l'arsenic dans la fièvre intermittente, son action dans le diabète, dans la maladie de Basedow, croit ce médicament utile dans tous les cas où l'on peut rattacher les accidents à un défaut d'action du grand sympathique, et il le conseille dans la forme congestive de la paralysie générale. Nous ignorons si l'action physiologique de l'arsenic est celle que tendrait à lui attribuer M. Foville, mais nous savons que ce médicament, entre les mains de M. Baillarger, a été utile dans quelques cas de paralysie générale à la première période où la liqueur de Pearson était prescrite à la dose de 15 à 30 gouttes par jour. Dans l'alcoolisme chronique tendant à la paralysie générale qui n'est pas, sans de nombreuses analogies avec la forme congestive de la paralysie générale, l'arsenic pourrait donc être employé avec avantage.

(1) Marcet, *On chronic alcoholic intoxication.* London, 1860.

(2) Foville (A.), *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1870-1871, p. 448.

CHAPITRE V

COMBINAISONS DE L'ALCOOLISME AVEC DIVERSES FORMES MENTALES ET SON ASSOCIATION AVEC LES MALADIES INTERCURRENTES.

Dans les chapitres précédents, nous nous sommes efforcé de répondre à la question posée par l'académie, nous avons étudié les diverses formes du délire alcoolique et nous avons indiqué le traitement qui convenait à chacune d'elles ; il reste pour compléter notre travail à comparer le délire alcoolique dégagé de toute complication, avec les modifications nombreuses que les boissons spiritueuses déterminent chez les malades atteints de délires variés ou de certaines affections des centres nerveux.

Nous ne pourrons pas entrer ici dans tous les développements que comporterait cette étude assurément d'un très-haut intérêt clinique, mais qui ne se rattache à notre sujet que d'une façon indirecte.

D'une manière générale nous pouvons dire que l'alcool en face des autres affections des centres nerveux agit de deux manières, ou bien à titre d'excitant, et, dans ce cas, on voit se développer avec une activité insolite les phénomènes propres à cette affection, ou bien dépassant les limites d'une cause vulgaire d'excitation, l'alcool agit en véritable poison et impose son délire ; dans ce cas l'influence toxique est parfois d'une telle énergie que sa manifestation peut

masquer complétement les symptômes de la maladie préexistante qui, dans ces circonstances, ne se montre de nouveau qu'après la disparition des accidents alcooliques. Ce fait s'observe de la manière la plus remarquable dans la paralysie générale ; et si le paralytique est à la première période de la maladie, il a tous les dehors d'un alcoolique simple ; mais quand les hallucinations et le délire qui les accompagne ont disparu, quand le tremblement toxique s'est amendé ou tend à disparaître, à ce moment on voit renaître peu à peu, un à un, en quelque sorte, les signes de la paralysie générale ; nous allons revenir sur ce sujet.

Ne pouvant embrasser tous les cas, nous nous limiterons à quelques affections mentales, et nous dirons ensuite quelques mots de l'association des accidents alcooliques avec les maladies intercurrentes.

ARTICLE I

DIPSOMANIE.

Tous les auteurs distinguent aujourd'hui la dipsomanie de l'alcoolisme, celle-ci est une forme particulière de monomanie instinctive puisant le plus souvent son origine dans l'hérédité ; l'alcoolisme, au contraire, est un simple empoisonnement qui se traduit chez tous de la même manière, et nous pouvons ajouter chez l'animal comme chez l'homme.

M. Trélat fait bien ressortir la différence qui existe entre l'alcoolique et le dipsomane (1). « Les ivrognes sont des

(1) Trélat, *De la folie lucide*, 1861, p. 151.

gens qui s'enivrent quand ils trouvent l'occasion de boire. »

« Les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. »

L'accès de dipsomanie, dit Marcé, débute par de la tristesse, de la morosité, de la céphalalgie, de l'anxiété précordiale, puis le besoin de boire se fait sentir puissant, irrésistible. . . . . Les dipsomanes sentent l'accès venir : tout en déplorant leur impuissance à surmonter ce besoin maladif, ils ne cessent de boire que lorsque l'accès est passé, ou lorsque l'intervention de leur entourage met fin à leurs excès par un isolement forcé (1). »

Le dipsomane, avant de boire, se trouve dans des conditions analogues à celles du mélancolique ; il est triste, inquiet, il dort mal, perd l'appétit, éprouve de l'anxiété précordiale; c'est un aliéné ordinaire, mais après quelques jours d'excès, l'intoxication se produit et le dipsomane se présente avec le délire alcoolique que nous connaissons ; il a des hallucinations pénibles, du tremblement, de l'insomnie, de l'embarras gastrique, etc., et ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que le diagnostic se complète.

L'observation suivante va nous en fournir un exemple.

Observation XXXIII. — *Depuis trente ans, accès de dipsomanie séparés d'abord par des intervalles de 18 mois, actuellement par des intervalles de 4 mois seulement. — Tentative de suicide. — Accès de délire alcoolique.*

La malade D., femme V., 57 ans, chemisière, entre à Sainte-Anne le 10 octobre 1869 accompagnée du certificat médical

(1) Marcé, *loc. cit.*, p. 388.

suivant : « alcoolisme; hallucinations terrifiantes; angoisses; effroi ; insomnie. »

En arrivant, D... est agitée, parle, crie, a peur; elle entend des assassins qui veulent la frapper; elle aperçoit à côté d'elle les têtes des victimes de Pantin; elle se croit couverte de vermine et secoue ses vêtements; elle entend la voix de ses parents; l'on frappe autour d'elle, etc.

Les mains sont tremblantes; la langue blanche et la région épigastrique douloureuse.

La nuit se passe sans sommeil, les hallucinations sont incessantes.

Au bout de cinq jours le délire a disparu, la malade est triste, abattue, mais elle est tranquille et s'occupe dans la journée; le soir le sommeil est encore mauvais et troublé par des cauchemars.

Voici maintenant ce que disent les renseignements : Depuis une trentaine d'années, à certaines périodes la femme V... devient triste, ne s'intéresse à rien, se sent faible, incapable de tout travail, dort mal, n'a plus d'appétit, éprouve un malaise à l'estomac qui augmente à la vue des aliments; elle a une soif ardente et se met à boire du vin la première journée. Le lendemain, elle prend une bouteille chez elle, la cache en descendant les escaliers, va la remplir chez le marchand de vin, rentre rapidement chez elle et s'enferme; elle boit jusqu'à ce qu'elle tombe. Dès que l'ivresse commence à passer, elle se hâte de boire et cela pendant plusieurs jours.

Après l'accès, elle se fait des reproches, a horreur d'elle-même et reprend sa vie régulière et ses habitudes de sobriété. Ces accès au début étaient séparés par des intervalles de quinze à dix-huit mois; ils se sont rapprochés actuellement et ne laissent plus entre eux que des espaces de 3 à 4 mois. Il y a 20 ans, la femme V... a tenté de se noyer dans le canal Saint-Martin, au début d'un de ces accès de dipsomanie.

Pendant longtemps et à l'époque où les accès de dipsomanie étaient séparés par des intervalles de dix-huit mois, l'ivresse seule accompagnait les accès dipsomaniaques; plus tard, quand ceux-ci se sont rapprochés et que l'alcool

a pu agir d'une façon plus continue, les hallucinations et le délire se sont développés à leur tour.

L'observation suivante, empruntée à l'ouvrage de M. Trélat, fait encore bien ressortir la différence qui existe entre le dipsomane et l'alcoolique.

Observation XXXIV (1). — *Dipsomane. Mère et oncle dipsomanes.*

Madame N... était une personne d'un caractère sérieux. Elle avait eu dans sa vie plusieurs établissements qui ont toujours échoué par la même cause. Habituellement régulière et économe, elle était prise de temps en temps d'accès irrésistibles de mononamie ébrieuse qui lui faisaient tout oublier, intérêts, devoirs, famille, et ont fini par la précipiter d'une grande aisance dans une ruine complète.

On ne pouvait, sans être pris d'une vive compassion, entendre le récit des efforts qu'elle a faits pour se guérir d'un penchant qui lui a toujours été si funeste. Quand elle sentait venir son accès, elle mettait dans le vin qu'elle buvait les substances les plus propres à lui en inspirer le dégoût. C'était en vain. Elle y a mêlé jusqu'à des excréments. En même temps elle se disait des injures : « Bois donc, misérable, bois donc, ivrogne, bois, vilaine femme qui oublies tes premiers devoirs et qui déshonores ta famille. » La passion, la maladie était toujours plus forte que les reproches qu'elle se faisait et que le dégoût qu'elle cherchait à s'inspirer. Dans les dernières années de sa vie, elle a été opérée avec succès d'une hernie étranglée, et est morte plus tard d'une maladie du cœur.

(1) Trélat, *loc. cit.*, p. 160.

ARTICLE II

PARALYSIE GÉNÉRALE.

La paralysie générale est une des maladies qui s'associent le plus fréquemment à l'alcoolisme. Les paralytiques généraux par les caractères particuliers de leur délire sont non-seulement poussés à boire, mais encore entraînés à solliciter et à provoquer eux-mêmes les occasions de boire; aussi peut-on, chez eux, observer tous les degrés de l'intoxication aiguë de l'alcoolisme. Tantôt l'alcool, pris en petite quantité, excite, stimule cette activité maladive déjà si prompte à se montrer chez les paralytiques; d'autres fois, dépassant cette limite, outre de l'excitation, il provoque des illusions, quelques hallucinations; enfin à un degré plus élevé, il fait naître un accès de délire alcoolique qui masque à la fois les symptômes physiques et les symptômes intellectuels de la paralysie générale, rend impossible toute appréciation exacte du niveau intellectuel, et par les hallucinations suscite des idées délirantes qui se placent au premier plan et cachent toute autre manifestation. D'autre part, le tremblement alcoolique beaucoup plus accusé domine les phénomènes moteurs de la paralysie, et dans quelques cas, lorsque des frémissements s'emparent des muscles de la face, l'embarras de la parole lui-même perd ses caractères particuliers.

Les trois observations suivantes nous fournissent des exemples de ce genre.

Observation XXXV. — *Accès de délire alcoolique; au bout de trois jours, diminution des accidents alcooliques et apparition des symptômes de paralysie générale.*

V... Constant, 40 ans, journalier, entre le 10 octobre 1869 à Sainte-Anne, muni du certificat médical suivant : «Alcoolisme; — hallucinations terrifiantes. — Craintes d'être assassiné. — Impulsions violentes.» V... se présente dans un état de violente agitation, il va de tous les côtés, cherche à saisir des êtres imaginaires; entend des voix qui le menacent; aperçoit des individus armés qui veulent lui faire du mal; aperçoit des animaux, des rats; crie; discute; injurie.

Tremblement considérable des bras et des jambes; frémissements des muscles de la face; pupilles resserrées; peau baignée de sueurs.

Les hallucinations disparaissent au bout de trois jours, mais il reste quelques idées de persécution rappelant le délire alcoolique; il prétend que des gens lui en veulent, qu'on l'a assommé, anéanti. Mais, en même temps, il manifeste des idées de satisfaction; il gagne, dit-il, beaucoup d'argent, il n'y en a pas un autre comme lui dans l'univers; il appartient à une bonne famille; ils sont tous bien connus; il est vigoureux, intelligent, etc.

Le tremblement des mains a diminué; les muscles de la face sont au repos, mais, quand le malade parle, on distingue parfaitement l'hésitation particulière du paralytique.

Les renseignements d'ailleurs nous apprennent que V... ne travaille plus depuis cinq à six mois, que sa mémoire et ses facultés baissent, qu'il a des idées ambitieuses depuis deux mois; que depuis longtemps déjà il se plaint de maux de tête, d'étourdissements et d'engourdissements des membres, et que sa parole s'est embarrassée à plusieurs reprises depuis quatre mois environ.

Les symptômes de paralysie générale s'accentuent de plus en plus.

Ce malade a conservé pendant plusieurs jours des idées de persécution, et quelquefois, la nuit, il entendait encore des individus qui voulaient lui faire du mal.

Un autre paralytique, entré également avec des accidents alcooliques très-accusés et masquant les symptômes de la paralysie générale, conservait, un an encore après son entrée, des hallucinations la nuit et des idées de persécution ; il entendait des hommes qui s'introduisaient dans sa cave pour lui voler son vin ; il voyait sa bonne lui voler des objets dans les armoires ; il prétendait que des gens voulaient s'emparer de sa fortune et payaient l'administration pour prolonger sa séquestration. A ce moment la paralysie générale était déjà avancée et l'embarras de la parole était énorme.

Observation XXXVI. — *Accès de délire alcoolique ; disparition des symptômes toxiques au bout de six jours. — Signes de paralysie générale.*

Le malade C... Henri, 49 ans, fondeur, entre à Sainte-Anne, le 9 octobre 1869 avec le certificat médical suivant : « delirium tremens ; accès furieux. » A l'arrivée, C... est effrayé, se cache dans les coins, on lui tire des coups de fusil ; une bande d'assassins est à ses trousses ; il voit des individus escalader la fenêtre ; on le poursuit ; il voit des chats courir dans la salle, etc.

Tremblement de tout le corps ; frémissements des muscles de la face ; parole saccadée.

Au bout de dix jours les hallucinations ont disparu, le tremblement a presque complétement cessé et l'on trouve un affaiblissement des facultés et de la mémoire, des idées de satisfaction : il se dit très-bon ouvrier ; il gagnera de bonnes journées ; il aura la première place ; il ne craint personne ; il est très-fort ; sourire, contentement.

Hésitation de la parole, pupille gauche plus large.

Les symptômes de la paralysie générale vont ensuite en progressant.

La sœur nous avait appris, d'ailleurs, que depuis quinze mois il changeait de caractère, se mettait en colère sans

motif; d'autres fois se laissait conduire comme un enfant, qu'il perdait la mémoire et ne faisait plus bien son ouvrage; on avait d'abord réduit ses journées et depuis trois mois il ne pouvait plus travailler. Il souffrait souvent de la tête et avait des douleurs dans les bras et les jambes.

Dans l'observation suivante nous voyons l'alcool agir à titre d'excitant.

Observation XXXVII. — *Symptômes de paralysie générale avec agitation. — Tremblement des mains, hallucinations la nuit, rappelant l'agent toxique.*

H... Louis, 40 ans, marchand de vin, entre à l'Asile le 25 mars 1869 : à son arrivée, il donne des poignées de main à tout le monde, il est loquace, parle, crie, est incohérent; il veut faire des heureux, il ne sera plus marchand de vin, il va devenir inspecteur général de la police de l'Empereur; il fera bâtir ; il a des rentes; il va, vient de tout côté, s'occupe de tout, est sans cesse en mouvement. Tremblement considérable des mains, hésitation de la parole, pupille droite plus large.

Pendant la nuit, il entend des individus qui veulent pénétrer dans sa chambre, il s'entretient avec ses clients, leur parle, les fait servir.

L'agitation cesse au bout de quelques jours; le tremblement des mains disparaît presque complétement; la parole reste embarrassée; les pupilles inégales. Les signes de la paralysie générale s'accusent de plus en plus.

On aurait pu penser, au moment de l'arrivée du malade, à un de ces accès d'agitation si fréquents dans le cours de la paralysie générale, mais il y avait déjà le tremblement considérable des mains qui décelait une autre cause; les hallucinations de la nuit sont venues témoigner en quelque sorte de l'influence toxique. Les renseignements d'ailleurs ont appris que M..., quoique malade depuis six mois, restait dans le magasin et bu-

vait beaucoup. Depuis quatre mois il avait du délire ambitieux et de la gêne de la parole. L'affaiblissement de l'intelligence remontait déjà à un an, époque où l'on avait remarqué des maux de tête, de l'engourdissement des mains et des douleurs dans les jambes.

Dans quelques circonstances les excès de boissons agissent uniquement comme cause excitante sans provoquer de tremblement ni d'hallucinations, mais en imprimant au délire une activité plus grande et en faisant naître du besoin de mouvement, de l'agitation, comme on l'observe sous l'influence de stimulations diverses (1).

ARTICLE III

DÉLIRE DE PERSÉCUTION.

Lorsque l'alcoolisme s'associe au délire de persécution, on peut dans la majorité des cas faire la part du délire préexistant et celle de l'intoxication.

M. Lasègue, rappelant à ce sujet les caractères du délire du persécuté, ajoute : « Non-seulement le champ des inquiétudes est ainsi limité, mais dans cette sphère rien n'est mouvant. Le délire monotone tend à se stéréotyper. Le complot une fois organisé l'est si bien qu'il fonctionne presque sans variations, tout au moins sans grands écarts. Celui qu'on accuse d'être un voleur est toujours accusé

(1) Les combinaisons de la paralysie générale avec l'alcoolisme peuvent quelquefois induire en erreur, d'autant plus que l'alcoolisme joue, on l'a vu, un rôle important dans l'étiologie de la paralysie générale. M. Lunier dans ses *Recherches sur la paralysie génréale progressive*, 1849, p. 15, insiste avec raison sur ce point particulier, et faisant ressortir la difficulté du diagnostic, il rappelle que la paralysie générale a pu être prise pour un delirium tremens chronique.

d'avoir volé, celui qu'on magnétise est toujours plus ou moins magnétisé, celui qu'on a empoisonné par les aliments continue à être l'objet d'un empoisonnement de même nature (1). »

Dans le délire alcoolique, nous le savons, c'est, au contraire, la mobilité, la multiplicité, la variété qui caractérisent les conceptions délirantes.

L'observation suivante nous donnera une idée de cette combinaison.

Observation XXXVIII. — *Délire de persécution, offrant deux périodes d'excitation, dans lesquelles se montrent des hallucinations rappelant l'origine alcoolique.*

La malade C..., femme R..., âgée de 33 ans, entre à Sainte-Anne le 16 février. Cette malade, née d'une fille-mère, et ne connaissant pas son père, s'imagine, à plusieurs reprises, être issue soit de riches propriétaires de son pays, soit de fonctionnaires occupant des positions élevées ; d'autres idées délirantes viennent ensuite s'ajouter aux premières, elle croit qu'on lui cache son origine pour lui dérober une fortune, que des gens organisent des complots contre elle, qu'on fait disparaître des papiers, etc.

Depuis quelque temps, elle boit et prend de l'anisette en assez grande quantité. Les nuits sont mauvaises, le délire de persécution devient plus actif : *on l'acuse d'avoir volé; des hommes et des femmes courent après elle, l'injurient, veulent la faire emprisonner ; on la menace ; elle aperçoit des fantômes, des ombres dans sa chambre.* Très-effrayée et voulant en finir, elle se précipite par la fenêtre.

Elle arrive à l'asile Sainte-Anne, avec une vaste contusion de la fesse gauche, elle est inquiète, a peur; on l'acuse, dit-elle, on lui veut du mal; on la tourmente.

La nuit les hallucinations sont plus fréquentes, elle voit des ombres passer au-dessus de son lit, elle aperçoit des visages

(1) Lasègue, *loc. cit.*, *Arch. génér. de méd.*, juin 1869.

à la porte, derrière les vitres; des fantômes rôdent autour de son lit, etc.

Le tremblement des mains est très-peu accusé.

Les hallucinations et l'agitation persistent une quinzaine de jours, mais elles sont suivies de délire de persécution qui n'a pas entièrement disparu quand la malade sort de l'Asile quatre mois après.

Revenue auprès de son mari, elle s'occupe assez régulièrement du ménage, mange avec appétit, et dort tranquillement, toutefois, elle continue à parler de sa naissance, des personnes qui veulent la voler et elle prétend connaître maintenant l'habitation de son père. A plusieurs reprises, elle se présente chez un fonctionnaire, directeur d'administration, l'appelle son père, lui témoigne la plus vive affection. La voyant folle, on l'acueille deux ou trois fois avec ménagement, puis on la congédie tout doucement.

Plus tard, la porte restant close, elle se met dans une violente colère, injurie les concierges, fait du scandale.

Bientôt elle recommence à boire ; le délire devient plus actif, elle ne reste plus à la maison; parée de ses habits de fête, elle rôde dans les rues, attendant et cherchant la personne qu'elle appelle son père; elle s'excite plusieurs fois chez elle; dort mal, entend le canon, la fusillade, elle aperçoit des oiseaux noirs et blancs voltiger dans la chambre; elle voit le diable; se lève, ouvre les fenêtres, crie, s'agite, etc.

Elle rentre une deuxième fois à l'Asile le 7 avril, quatorze mois après la première séquestration.

Elle est assez calme dans la journée, mais la nuit, elle aperçoit des ombres et des fantômes, elle entend des voix qui la menacent; tout remue au-dessous de sa chambre, on frappe, on fait un bruit épouvantable, c'est, dit-elle, comme l'enfer.

Les mains offrent un tremblement à peine appréciable.

Au bout de quinze jours, les hallucinations pénibles de la nuit ont cessé, les idées de persécution restent ce qu'elles étaient avant cette période d'excitation.

On trouve chez cette malade un délire persistant, toujours le même, tendant à se systématiser; à deux reprises, il s'exagère, sous l'influence de l'excitation alcoolique,

puis il se combine avec des hallucinations mobiles, multiples, variables, survenues à la suite des excès et disparaissant avec la cessation de ces derniers. Ce sont là deux ordres d'accidents d'origine différente, que l'analyse d'ailleurs permet de distinguer.

ARTICLE IV

IMBÉCILLITÉ. — ÉPILEPSIE. — DÉMENCE SÉNILE.

Imbécillité. — L'alcoolisme se combine fréquemment avec l'imbécillité, et l'on peut voir chez l'imbécile tous les degrés de l'intoxication. Chez ces sujets originellement dégradés, l'action des boissons alcooliques est beaucoup plus puissante. Leur ivresse s'accompagne fréquemment d'accès de violente colère et quelquefois de fureur ; la démence, d'une part, arrive plus rapidement chez eux à la suite des excès, et sur un petit nombre d'imbéciles que nous avons vus devenir paralytiques, la plupart s'étaient adonnés à l'ivrognerie.

Épilepsie. — Les épileptiques, encore plus que les imbéciles, subissent une fâcheuse influence de l'alcoolisme, et si exceptionnellement on trouve quelques malades chez lesquels les abus de boissons n'augmentent pas la fréquence des crises, le plus grand nombre, au contraire, tombent davantage quand ils ont bu, et nous en avons vu qui comptent leurs attaques par le nombre de *ribotes*, selon leur expression, qu'ils ont faites.

L'épileptique alcoolique est un des malades les plus dangereux, il ajoute aux impulsions, parfois si terribles qu'il tient de sa maladie, celles qu'il puise dans l'intoxi-

cation. Il va sans dire que nous n'entendons parler ici que de l'épilepsie simple, en général de cause héréditaire, et se montrant d'habitude chez les malades avant l'âge où commencent les excès de boissons. Ce que nous avons dit de l'épilepsie absinthique, des attaques épileptiformes survenant chez les alcooliques chroniques nous dispense d'entrer dans de plus longs détails ; la différence entre ces formes convulsives étant suffisamment démontrée.

Démence sénile. — Dans la démence sénile l'alcool peut agir à titre d'excitant ou bien provoquer son délire quand la dose est suffisante. La combinaison de l'alcoolisme avec la démence sénile, quoique moins fréquente que celle qu'affecte cette intoxication avec la paralysie générale, n'est pas rare cependant, et nous avons vu plusieurs fois des malades atteints de démence sénile arriver à l'Asile, dans un accès de délire alcoolique.

ARTICLE V

DÉLIRE ALCOOLIQUE DÉVELOPPÉ SOUS L'INFLUENCE DES MALADIES INTERCURRENTES.

Tel ivrogne qui peut, sinon impunément, du moins sans apparition très-manifeste d'accidents, se livrer à des excès habituels de boissons, cesse de jouir de cette immunité le jour où l'équilibre physiologique se trouve rompu sous le coup d'une affection intercurrente. Les forces, suffisantes d'abord pour résister au poison, étant amoindries, le support fléchit et les accidents se produisent. Ce n'est pas seulement l'action dépressive de la maladie qui peut amener ce résultat, toute cause débilitante peut

le faire naître, une alimentation insuffisante, les fatigues, les excès de tout genre. Il ne faut pas perdre de vue que ces accidents se développeront avec d'autant plus de facilité, que le poison aura agi plus longuement, que l'organisme, par conséquent, aura été plus profondément modifié.

Nous rappellerons que des accidents sub-aigus se sont développés, sous l'influence d'un malaise passager, chez quelques-uns de nos malades, pendant la convalescence; et chez L..., observation VII, en particulier, les hallucinations sont revenues, s'accompagant de délire et de cauchemars, longtemps après leur disparition. Tous ces accidents, d'ailleurs, ont cessé, en même temps que l'affection fébrile intercurrente.

M. Mesnet a eu l'occasion d'observer, pendant l'épidémie de choléra de 1865, trois cas de délire alcoolique développés sous l'influence de cette maladie. « La période de réaction, dit cet auteur, dégagée d'ailleurs de toute complication fâcheuse, nous présenta parfois des phénomènes insolites, dont la cause ne nous échappa point. C'étaient des individus, surpris en quelque sorte par l'épidémie, au milieu d'un degré peu prononcé encore d'intoxication alcoolique, qui n'auraient point eu de troubles cérébraux, si leur santé n'avait point été brusquement atteinte; mais, quand le choléra les eut touchés, quand leurs forces furent épuisées par les vomissements, les selles et la diète, l'alcool se traduisit dans leur organisme débilité par des désordres qui ne sont pas sans analogues dans d'autres affections.

« Chez trois d'entre eux, nous avons pu constater, presque dès l'entrée, un cortége de symptômes simulant presque un état inflammatoire. L'un entre autres, pris de vomisse-

ments et de diarrhée depuis cinq jours, se présenta à nous le sixième jour avec la peau chaude, largement sudorale, le pouls à 108, la physionomie animée, etc., il n'y avait du choléra que les vomissements, les selles et les crampes, il n'en eut jamais ni le refroidissement ni la cyanose. Puis, vers le dixième jour, son intelligence, jusque-là restée nette, se prit à son tour; ce n'était plus la lenteur des conceptions de nos cholériques à la période algide, c'était au contraire de la loquacité, de l'incohérence dans les idées, puis bientôt des hallucinations de la vue qui devenaient plus impérieuses le soir, s'exagéraient pendant la nuit, et tendaient à disparaître le matin. Sous leur influence, le malade se levait, cherchait à sortir de la salle, ne sachant ce qu'il faisait ni où il était; ses mains étaient tremblantes, sa démarche indécise, son regard incertain et hébété. Il resta trois jours ainsi, après lesquels d'abondantes sueurs apparurent comme une sorte de crise, et il entra dans la convalescence franche (1). »

Nous pourrions fournir plusieurs exemples de délire alcoolique (delirium tremens) survenu sous l'influence d'une maladie intercurrente, telle que l'érysipèle, la péricardite, le rhumatisme, la pneumonie, etc. (2). Mais ces faits n'auraient en réalité que le mérite du nombre, nous nous bornerons donc à donner l'observation d'un des cas les plus communs.

Observation XXXIX. — *Habitudes d'ivrognerie.* — *Pas de*

(1) Mesnet, *Choléra de* 1865 ; hôpital Saint-Antoine (service des hommes). *Arch. gén. de méd.*, février et mars, 1866, p. 26.

(2) A Vosin; *De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique;* Ann. médico-psych., 4e série, t. IV, p. 55. Dans ce travail se trouvent mentionnés deux cas de rhumatisme articulaire et un cas de pneumonie avec délire alcoolique, observés dans le service de M. le professeur Bouillaud à la Charité.

délire antérieur. — Pneumonie. — Au troisième jour de la pneumonie, accès de délire alcoolique. — Médication tonique. — Guérison.

T... Joseph, 38 ans, journalier, adonné à l'ivrognerie, offrant des vomituritions pituiteuses le matin, et du tremblement des mains parfois très-accusé, est pris de frissons, de point de côté, d'oppression, de fièvre et entre à l'hôpital Necker le 8 octobre 1870. Quand il a été transporté à l'hôpital, la femme raconte que sa raison était très-nette, qu'avant de quitter la maison il s'était occupé aussi bien que d'habitude de quelques petites affaires d'intérieur et que rien ne faisait supposer un dérangement d'esprit.

Le 11 octobre la femme est allée le voir à l'hôpital et l'a trouvé dans le délire le plus complet; remuant les bras, cherchant des êtres imaginaires autour de son lit, des insectes sur les draps; parlant à des camarades, à des amis, s'occupant de son travail, etc.

Ainsi agité, le malade troublant le repos de la salle est envoyé à l'asile Sainte-Anne le 13 octobre 1870.

A son arrivée, il est loquace, effrayé, crie, menace par moments, secoue les couvertures, cherche et suit de la main, sur le mur et sur la table de nuit, des animaux ou des insectes qui lui échappent. Il voit des flammes, le plafond qui s'affaisse; on l'injurie, on fait des faux rapports sur son compte.

Tremblement des mains, frémissements musculaires dans les bras et les jambes. Peau chaude et sèche à la face, un peu moite sur la poitrine et le ventre; langue rouge à la pointe; gêne de la respiration, crachats visqueux et rouillés; matité, souffle bronchique et râles sous-crépitants fins à l'angle inférieur de l'omoplate gauche; pouls dépressible 104. T. R. 39°,4.

Traitement : Lait, bouillon; un pot de pectorale; un pot d'eau vineuse sucrée.

Pot. : Julep gommeux, 120 grammes; extrait mou de quinquina, 4 grammes ; sirop de Tolu, 30 grammes. Trois potages.

Un vésicatoire avait été appliqué avant le départ de l'hôpital Necker.

14 octobre. La nuit s'est passée sans sommeil, le malade s'est levé plusieurs fois (*il était recouvert d'un maillot de*

drap qui le mettait à l'abri du froid), il s'entretenait avec sa femme, ses camarades, parlait de son chantier; à plusieurs reprises, il a vu des ombres, des fantômes, des flammes autour de lui.

Le tremblement des mains persiste, mais le frémissement musculaire est moindre.

Sueurs abondantes.

Crachats plus épais, encore rouillés; souffle et râle sous-crépitants fins; pouls large, dépressible, 102 pulsations. T. R. 38°,6.

Traitement : Lait, bouillon, un pot d'eau vineuse sucrée.

Pot. : Julep gommeux, 120 grammes; extrait mou de quinquina, 4 grammes; sirop d'écorces d'oranges, 30 grammes; deux œufs; trois potages.

15 octobre. Trois heures de sommeil pendant la nuit; même délire.

Au matin, l'agitation est moindre; le malade entend encore quelques injures, répond et se défend. Par moments, il répond à sa femme et à ses camarades; il voit voltiger quelques oiseaux au-dessus de son lit.

Tremblement léger des mains.

Sueurs abondantes; respiration plus facile, crachats épais, par places brunâtres; râles sous-crépitants; pouls large, 108. T. R. 38°,8.

Traitement : Lait, bouillon; un pot d'eau vineuse sucrée; café sucré, 125 grammes; 2 œufs; trois potages.

16. Cinq heures de sommeil en deux fois pendant la nuit.

Hallucinations persistantes, mais moins d'agitation.

A la visite, il répond aux questions qu'on lui adresse, mais son attention est distraite par des voix d'amis ou de gens qui lui disent des sottises.

Léger tremblement des mains.

Crachats épais jaunâtres; râles sous-crépitants; pouls 96. T. R. 38°,4.

Traitement : Lait, bouillon; un pot d'eau vineuse; café sucré, 125 grammes; une côtelette; 3 potages.

18. Sommeil presque toute la nuit; quelques hallucinations. La journée est calme; il commence à douter de la réalité de son délire.

Crachats épais jaunâtres.

Pouls 92 ; T. R. 37°,8.

Traitement : Lait, un pot d'eau vineuse; café sucré 125 grammes; rôti matin et soir ; 2 potages.

L'amélioration se continue les jours suivants; les nuits ne sont plus troublées que par des cauchemars, et, à partir du 25 octobre, T... ne conserve plus d'idées délirantes. Il sort guéri le 13 novembre 1871.

T.... avant la pneumonie n'avait aucun trouble intellectuel; sa femme, interrogée à ce sujet, a été très-affirmative. Ce n'est qu'au troisième jour de la phlegmasie pulmonaire que les accidents se sont montrés, avec tous les caractères du délire alcoolique. T.... dans l'état de santé ordinaire, quoique sous le coup d'une intoxication longtemps préparée, jouissait de forces suffisantes pour résister à l'action du poison. Mais, l'équilibre physiologique une fois rompu, l'agent toxique dont l'action quoique latente n'en était pas moins réelle, ne trouvant plus de résistance dans cet organisme débilité, s'est manifesté par les troubles qui lui sont habituels. C'est pour relever les forces, pour ramener le fonctionnement régulier de toute l'économie que nous avons eu recours d'emblée aux toniques, au quinquina, et aussi au lait, au bouillon, au vin à faible dose, qui ont l'avantage de soutenir, de relever même légèrement les forces sans exciter.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction..... 1
Plan du travail et division..... 4

CHAPITRE I

ACTION IMMÉDIATE DES BOISSONS ALCOOLIQUES ; IVRESSE. — ACTION PROLONGÉE ; DÉLIRE ALCOOLIQUE.

Article I. — Ivresse chez l'homme ; période d'excitation ; trouble intellectuel ; incohérence ; paralysie ; anesthésie ; état comateux. Ivresse convulsive..... 8
Article II. — Ivresse et délire alcoolique chez le chien..... 9
§ 1. — Ivresse ; excitation ; hébétude ; paralysie ; anesthésie ; état comateux..... 9
§ 2. — Délire alcoolique ; changement dans les allures ; irritabilité ; hallucinations ; délire ; tremblement ; vomissements ; pituite ; gastro-entérite..... 10
Modes de terminaisons : mort par le froid ; par broncho-pneumonie ; par asphyxie ; par accident ; par cachexie..... 12
Anatomie pathologique ; lésions aiguës ; présence de l'alcool dans les organes..... 13
Lésions chroniques (stéatose, sclérose)..... 14
Expérience I. — Action prolongée de l'alcool chez le chien..... 20
Article III. — Action de l'absinthe chez l'animal ; secousses musculaires ; vertiges ; attaque épileptique ; hallucinations ; délire..... 24
Expérience II. — Attaques épileptiques et hallucinations dans l'intervalle des attaques, sous l'influence de l'essence d'absinthe injectée dans l'estomac..... 28
Expérience III. — Attaques épileptiques et hallucinations sous l'influence de l'essence d'absinthe injectée dans les veines..... 29
Apparition des hallucinations chez l'homme (comme chez l'animal),

plus rapide sous l'influence de l'absinthe que sous l'influence de l'alcool..... 32
Observation I. — Apparition rapide du délire sous l'influence de la liqueur d'absinthe..... 33

CHAPITRE II

DÉLIRE ALCOOLIQUE CHEZ L'HOMME.

Changement de caractère; irritabilité; hallucinations et délire.... 36
ARTICLE I. — Caractères généraux du délire alcoolique.
§ 1. — Caractère pénible des hallucinations..... 36
§ 2. — Caractère de mobilité des hallucinations..... 37
§ 3. — Les hallucinations ont pour objet soit les occupations journalières du malade, soit les préoccupations dominantes du moment..... 38
Formes maniaque, mélancolique, stupide..... 40
Importance secondaire de ces trois formes..... 41
ARTICLE II. — Mode d'évolution des troubles sensoriaux.
§ 1. — Troubles sensoriaux examinés dans leur ensemble..... 42
§ 2. — Troubles sensoriaux examinés au point de vue des particularités qu'ils offrent dans chaque sens..... 43
ARTICLE III. — Classement en trois groupes des malades atteints de délire alcoolique, d'après les signes tirés des antécédents du malade, de la marche et de la terminaison de la maladie.
§ 1. — Malades atteints de délire alcoolique à convalescence bénigne rapide et complète..... 48
Observation II. — Depuis plusieurs années habitudes d'ivrognerie; abus de vin et quelquefois d'eau-de-vie. — Accès de délire alcoolique simple. — Convalescence rapide..... 49
Observation III. — Habitudes d'ivrognerie. — Deux accès de délire alcoolique avec hallucinations rappelant plus particulièrement les préoccupations et la profession du malade..... 52
§ 2. — Malades atteints de délire alcoolique à convalescence lente et à rechutes faciles..... 54
Observation IV. — Mauvaise hygiène. — Vin pur pris à jeun. — Délire alcoolique. — Troubles hallucinatoires de tous les sens. — Successivement formes maniaque, mélancolique, stupide, selon l'intensité des hallucinations..... 55
Observation V. — De 1855 à 1870, entré six fois dans les asiles avec du délire alcoolique. — Deux convalescences lentes..... 60
Observation VI. — Fièvre typhoïde à 22 ans. — Excès de boissons. — Délire alcoolique suivi à la première entrée d'une convalescence entravée par des accès maniaques passagers. — Trois autres accès de délire alcoolique suivant une marche plus régulière..... 63
Délire à forme dépressive. — Idées de suicide et d'homicide..... 66

Délire à forme expansive. — Idées ambitieuses..... 67
§ 3. — Malades *prédisposés*, atteints de délire alcoolique à rechutes fréquentes et à convalescence souvent entravée par des idées délirantes affectant plus ou moins la forme des délires partiels..... 68
Observation VII. — Père ivrogne. — Mauvais instincts. — Excès alcooliques de très-bonne heure. — De 1864 à 1872, neuf entrées à l'Asile. — Nombreux délits..... 70
Observation VIII. — Antécédents héréditaires : père suicidé ; frères névropathiques ; enfant mort de convulsions. — Habitudes d'ivrognerie ; hallucinations avec idées de persécution ; tentative de meurtre ; première entrée à l'Asile, séjour de sept mois ; amélioration. — Nouveaux excès. Rechute. — Deuxième entrée à l'Asile. — Accidents alcooliques qui s'amendent, laissant après eux des hallucinations et des idées de persécution..... 75
Article IV. — Action de l'absinthe chez l'homme; secousses musculaires; vertiges. — Attaque épileptique; l'épilepsie absinthique n'a pas de relation avec le tremblement, hallucination; délire..... 79
Observation IX. — Libations copieuses, surtout absinthe ; *la crise convulsive ressemble à s'y méprendre à une attaque d'épilepsie.* (Obs. tirée de la thèse de Lagarosse.)..... 83
Observation X. — Excès d'absinthe ; pâleurs subites (probablement vertiges) ; accès épileptiforme très-nettement caractérisé..... 85
Observation XI. — Excès de vin et d'eau-de-vie ; excès d'absinthe : délire alcoolique ; attaque épileptique. — Développement à trois reprises des mêmes accidents. — Albuminurie ; pneumonie..... 87
Observation XII. — Excès de boissons, plus particulièrement d'absinthe. — Délire alcoolique, attaque épileptique. — Sobriété relative ; diminution des accidents. — Nouveaux excès. — Délire alcoolique à forme maniaque suivie rapidement de la forme mélancolique. — Attaques épileptiques..... 94
Observation XIII. — Excès d'eau-de-vie et d'absinthe. — Vertiges et attaques d'épilepsie. — Accès de délire alcoolique. — Persistance de quelques troubles somatiques..... 98
Article IV. — Traitement de l'ivresse.
§ 1. — Ivresse..... 100
Du délire alcoolique..... 101
Agents empruntés à la matière médicale..... 101
Séquestration ; son opportunité ; sa durée..... 102
Prophylaxie..... 106

CHAPITRE III

DU DELIRIUM TREMENS FÉBRILE.

Article I. — Signes et diagnostic du *delirium tremens* fébrile..... 109
L'intensité du délire, dans le *delirium tremens* fébrile, n'est pas nécessairement en rapport avec sa gravité..... 110

Deux caractères essentiels : 1° La fièvre appréciable au thermomètre..... 111
2° Le tremblement avec petites secousses, frémissements et ondulations musculaires, appréciables surtout par le toucher..... 112
Observation XIV. — Père ivrogne. — Excès de vin, d'eau-de-vie et d'absinthe. — Deux attaques épileptiques. — *Delirium tremens* fébrile. — T. R. 38°,8 à l'entrée, élevée à 43° pendant l'agonie. — Mort. Autopsie : Dégénérescence graisseuse de tous les organes, plus particulièrement du système musculaire. — *L'analyse chimique ne révèle pas d'alcool dans les organes.* (Cessation des excès sept jours avant la mort.)..... 116
Tracé de la température et du pouls. Fig. 1..... 119
Observation XV. — *Delirium tremens* fébrile. — Hémorrhagies accidentelles ; aggravation des symptômes. — Diminution du tremblement des bras et des jambes ; persistance et accroissement du frémissement musculaire et des secousses. — T. R. 39° à l'entrée, s'élevant à 41°,2 à l'agonie. Autopsie : Injection considérable de la moelle, dégénérescence graisseuse des organes..... 127
Tracé de la température et du pouls. Fig. 2..... 129
Observation XVI. — *Delirium tremens* fébrile. T. R. 39°,2 à l'entrée, et 42°,4 à l'agonie..... 131
Tracé de la température et du pouls. Fig. 3..... 132
Observation XVII. — Habitudes alcooliques. — Vin blanc. — Absinthe. — Attaques épileptiques. — *Delirium tremens* fébrile. — Tremblement, frémissements et secousses musculaires. — Mort. — Autopsie : Injection et hémorrhagies des méninges cérébro-spinales ; dégénérescence graisseuse des organes. — *L'analyse chimique révèle la présence de l'alcool dans le foie et dans le cerveau.* (Cessation des excès trois jours et six heures avant la mort.). 133
Observation XVIII. — Habitudes des boissons fermentées. — Contrariétés d'intérêt, attaque à forme apoplectique à la suite d'un repas copieux, délire furieux pendant quatre jours et quatre nuits, mort au commencement de la cinquième nuit. — Les os du crâne sont injectés intérieurement ; la pie-mère commence à s'infiltrer de sérosité, elle est rouge par plaques ; couleur rose de la substance grise cérébrale et cérébelleuse, nombreux vaisseaux larges et vides dans la substance médullaire ; sinus rachidiens turgescents ; les os, la dure-mère, les membranes de la moelle, sont teints par du sang, au pourtour du prolongement rachidien. 136
Observation XIX. — Vin blanc le matin, excès d'eau-de-vie et d'absinthe.—premier accès de délire alcoolique remontant à deux ans. — Attaque épileptique. — Deuxième accès : *delirum tremens* fébrile ; T. R. 40° au moment de l'entrée. Dyschromatopsie. — Anesthésie plus marquée à droite. — Guérison des accidents aigus. — Persistance des symptômes d'intoxication chronique..... 140
Tracé de la température et du pouls. Fig. 4..... 143
Tableau comparatif du degré d'anesthésie des membres..... 146

Observation XX. — *Delirium tremens* fébrile. Guérison..... 150
Tracé de la température et du pouls. Fig. 5..... 151
Article II. — Diagnostic différentiel entre le *delirium tremens* fébrile et le *delirium tremens* associé aux affections intercurrentes et aux traumatismes..... 152
Article III. — Traitement du *delirium tremens* fébrile..... 154
§ 1. — Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage..... 156
Camisole. — Son action combinée avec la fixation au lit..... 157
Observation XXI. — Accès maniaque *sans fièvre*. — Fixation et immobilisation au lit. — Asphyxie. — Mort. — Apoplexie pulmonaire..... 159
Maillot (dessin). Fig. 6..... 161
§ 2. — Éliminer le poison..... 163
§ 3. — Soutenir et relever les forces..... 164

CHAPITRE IV

ALCOOLISME CHRONIQUE.

Article I. — Symptômes intellectuels..... 166
Article II. — Symptômes physiques..... 169
Article III. — Observations d'alcoolisme chronique tendant à la démence..... 173
Observation XXII. — Habitudes d'ivrognerie ; huit entrées dans les asiles. — Délire alcoolique à formes maniaque et mélancolique. — Idées d'homicide et de suicide. — Empoisonnement par le phosphore (hémoptysie, purpura) ; affaiblissement intellectuel avec idées de persécution. — Tendance à la démence..... 173
Observation XXIII. — Oncle aliéné. — Accidents convulsifs dans l'enfance. Depuis 25 ans, abus de vin, d'eau-de-vie et d'absinthe. — Depuis 20 ans plusieurs accès de délire alcoolique avec attaques d'épilepsie et vertiges. — Affaiblissement intellectuel ; idées hypochondriaques, tendance à la démence. — Troubles moteurs et sensitifs plus marqués à gauche, hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens..... 179
Observation XXIV. — Habitudes anciennes d'ivrognerie. — Affaiblissement intellectuel : céphalalgie, étourdissements, crampes ; deux attaques épileptiformes. — En 1866, premier accès de délire alcoolique enté sur l'alcoolisme chronique. — De cette époque à 1872, il entre, à la suite d'excès, huit fois dans les asiles avec des accidents sub-aigus entés sur l'alcoolisme chronique. — Tendance marquée à la démence..... 187
Article IV. — Observations d'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale..... 190

Observation XXV. — Excès alcooliques. — Troubles cérébraux, troubles médullaires, de date éloignée. — Paralysie générale avec désordre ataxique des membres inférieurs. — Autopsie : Lésions de la paralysie générale ; myélite interstitielle diffuse avec localisation sur les cordons postérieurs. — Lésions organiques de l'alcoolisme chronique..... 191

Observation XXVI. — Excès alcooliques habituels. — Engourdissement et faiblesse des jambes, puis symptômes de paralysie générale. — Autopsie : Sclérose diffuse de la moelle avec prédominance de la lésion dans les cordons postérieurs ; encéphalite interstitielle diffuse ; cirrhose du foie ; plaques athéromateuses sur les vaisseaux..... 193

Observation XXVII. — Habitudes d'ivrognerie ; premier accès de délire alcoolique le 21 septembre 1865 ; guérison : continuation des abus alcooliques ; troubles digestifs, modification du caractère ; deuxième accès de délire alcoolique le 22 septembre 1869. — Amélioration incomplète avec affaiblissement persistant de l'intelligence ; nouveaux excès ; troisième accès de délire alcoolique passager laissant après lui des signes manifestes de paralysie générale. — Autopsie. — Lésion de la paralysie générale ; dégénérescence graisseuse du foie et du cœur..... 195

Observation XXVIII. — Habitudes d'ivrognerie depuis 1856 ; première entrée à Sainte-Anne le 14 juin 1869 ; délire alcoolique ; guérison. — Deuxième entrée le 19 avril 1871 ; délire alcoolique ; léger affaiblissement de l'intelligence ; idées de satisfaction. — Troisième entrée le 11 octobre 1871, délire alcoolique, affaiblissement intellectuel, attaques apoplectiformes et épileptiformes (*période intermédiaire*). — Quatrième entrée le 30 octobre 1872 ; affaiblissement intellectuel, idées ambitieuses ; hésitation de la parole, inégalité pupillaire (*paralysie générale évidente*). — Autopsie : Dégénérescence graisseuse du foie, des reins, du cœur ; athérôme vasculaire ; péricardite, périnéphrite ; pachyméningite cérébrale, encéphalite interstitielle chronique diffuse ; névrite interstitielle de la deuxième paire crânienne..... 198

Tracés sphygmographiques I et II (*paralysie générale*)..... 209

Article V. — Forme hémianesthésique de l'alcoolisme chronique. — Observations d'alcoolisme chronique avec hémiplégie et hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens..... 215

Observation XXIX. — Excès de boissons ; absinthe ; céphalalgie ; vertiges ; attaques épileptiques. — Tremblement ; hallucinations. — Attaque apoplectique ; hémiplégie incomplète droite ; hémianesthésie droite avec diminution, puis abolition du goût et de l'odorat ; dysécée suivie de surdité complète ; amblyopie et dyschromatopsie aboutissant à la perte absolue de la vision du côté droit..... 232

Traité sphygmographique III (*alcoolisme chronique*)..... 241

Observation XXX. — Excès de boissons dès l'âge de 19 ans, abus

d'absinthe ; attaque épileptique. — Depuis deux ans dysécée et parésie à droite ; tremblement plus marqué du côté droit. — Accès de délire alcoolique. — Hémianesthésie et faiblesse musculaire droites. — Amblyopie ; dysécée ; abolition du goût, de l'odorat du côté droit. Amélioration notable..... 242

Observation XXXI. — Alcoolisme chronique avec accès sub-aigus. Première entrée à Sainte-Anne le 25 septembre 1869 ; D... avait injurié les sergents de ville dans la rue. — Deuxième entrée le 15 février 1872 ; D... avait insulté et menacé des soldats. — Troisième entrée le 17 avril 1873 ; D... avait frappé des passants et elle s'était introduite chez des inconnus, bouleversant tous les meubles et poursuivant un ennemi imaginaire. Hémiplégie gauche ; hémianesthésie gauche de la sensibilité générale et des sens; aggravation parallèle de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie.... 247

Observation XXXII. — Alcoolisme chronique avec accidents subaigus. — Hémiplégie gauche avec hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens. Amélioration. — Anosmie persistante à gauche..... 250

Article VI. — Traitement de l'alcoolisme chronique..... 251

CHAPITRE V

COMBINAISONS DE L'ALCOOLISME AVEC DIVERSES FORMES MENTALES ET SON ASSOCIATION AVEC LES MALADIES INTERCURRENTES.

Article I. — Dipsomanie..... 256

Observation XXXIII. — Depuis 30 ans, accès de dipsomanie espacés d'abord par des intervalles de 18 mois, actuellement par des intervalles de 4 mois seulement. — Tentative de suicide. — Accès de délire alcoolique..... 257

Observation XXXIV. — (Dipsomanie)..... 259

Article II. — Paralysie générale..... 260

Observation XXXV. — Excès de délire alcoolique ; au bout de trois jours, diminution des accidents alcooliques et apparition des symptômes de paralysie générale..... 261

Observation XXXVI. — Accès de délire alcoolique ; disparition des symptômes toxiques au bout de six jours. — Signes de paralysie générale..... 262

Observation XXXVII. — Symptômes de paralysie générale avec agitation. Tremblement des mains ; hallucinations la nuit rappelant l'agent toxique..... 263

Article III. — Délire de persécution..... 264

Observation XXXVIII. — Délire de persécution, offrant deux périodes d'excitation, dans lesquelles se montrent des hallucinations rappelant une origine alcoolique..... 265

ARTICLE IV. — Imbécillité. — Épilepsie. — Démence sénile..... 267
ARTICLE V. — Délire alcoolique développé sous l'influence de maladies intercurrentes..... 268
Observation XXXIX. — Habitudes d'ivrognerie. — Pas de délire antérieur. — Pneumonie. — Au troisième jour de la pneumonie, accès de délire alcoolique. — Médication tonique. — Guérison... 270

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

CORBEIL. — Typ. et stér. de CRÉTÉ FILS.

DE

L'ALCOOLISME

DES DIVERSES FORMES

DU DÉLIRE ALCOOLIQUE

ET DE LEUR TRAITEMENT

PAR

LE Dr V. MAGNAN

Médecin de Sainte-Anne,
Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences),
de l'Académie de médecine (prix Civrieux, concours de 1865),
membre de la Société de Biologie, etc.

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine
(PRIX CIVRIEUX, CONCOURS DE 1872)

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1874

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE,

Received .....

By Gift of .....

DEC 19 1904
108/29